UNIVERSITÉ DE PARIS VI - PITIÉ-SALPÉTRIÈRE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1973 N° 80

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Maryse Riquet née Dumont

Née le 24 Décembre 1940 à Levallois-Perret

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

..

Les conduites suicidaires chez l'enfant.

Président : Monsieur le Professeur D.J DUCHÉ.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552722_0029

UNIVERSITÉ DE PARIS VI – PITIÉ-SALPÉTRIÈRE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1973 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Maryse Riquet née Dumont

Née le 24 Décembre 1940 à Levallois-Perret

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

••

Les conduites suicidaires chez l'enfant.

Président : Monsieur le Professeur D.J DUCHÉ.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS,

qui ont encouragé mes études.

A MON MARI

qui a contribué à cette recherche.

A MES ENFANTS.

A Monsieur le Professeur D.J. DUCHÉ

Professeur de Neuro-Psychiatrie infantile

à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin des Hôpitaux de Paris

qui nous a inspiré cette thèse et nous a aidé par son enseignement et ses encouragements à sa réalisation.

Qu'il trouve ici le témoignage d'une profonde admiration.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur JUDET

Monsieur le Professeur TARDIEU

Monsieur le Professeur GARCIN

Monsieur le Professeur DELAY

Monsieur le Professeur MICHAUX

A mes Amis,

Le Docteur Michel FARDEAU

en témoignage de notre reconnaissance

Eliane et Sarah

qui m'ont soutenue et aidée dans la rédaction de cette thèse.

I N T R O D U C T I O N

Le suicide fait "terriblement" parler de lui. Il ne laisse aucune place à l'indifférence. Il concerne chacun. Sans doute parce qu'il provoque chez les proches comme dans le public des sentiments particulièrement mêlés. Qui lirait dans les coeurs, y trouverait peut-être tout à la fois la douleur extrême de la perte ressentie et l'admiration du "courage" du suicidant déterminé à franchir le pas absolu, l'effroi devant la mort comme la satisfaction inavouée devant le caractère logique de cette issue "fatale" à laquelle était acculée une personnalité qui n'était pas intégrée au groupe.

Le journaliste puis l'homme de lettres s'emparent du thème. Le sociologue - et Durkheim ne fut pas le premier - se penche sur le phénomène. Surtout le médecin dans l'exercice de son métier ne tarde pas à s'y trouver brutalement confronté. Le psychiatre est plus directement concerné encore : la menace du suicide plane sur un grand nombre de ses malades.

Au sein d'une bibliographie générale inépuisable, la littérature scientifique est elle-même étonnament fournie. Pourtant bien des points restent encore dans l'ombre, et d'abord parce que trop souvent il est traité du suicide en général.

Or qu'y a-t-il véritablement de commun, en dehors de l'issue, entre tous les cas observés ? Et laissons d'abord le fait que l'un désespérait, que l'autre affirmait son refus, s'immolait ou ne voulait plus souffrir davantage. Mais comment la "causalité" du phénomène pourrait-elle être identique aux différents moments de la vie ? Si les taux de suicide s'élèvent avec l'âge n'est-ce pas au demeurant parce que se sédimentent dans le coeur de l'homme, tout au long de son existence, les structures latentes et que reviennent les conjonctures favorables au passage à l'acte ultime ?

Rares heureusement sont les suicides achevés chez les jeunes enfants. Plus fréquentes qu'on ne le pense généralement sont par contre les tentatives effectuées, les menaces proférées, les idées exprimées. Elles conduise

certains d'entre eux à l'hôpital. Le Professeur D.J. DUCHÉ a été amené ainsi à publier l'analyse de 169 cas d'enfants et d'adolescents hospitalisés à la clinique de pédo-psychiatrie de la Salpétrière de 1948 à 1963. Mais les adolescents étant plus nombreux et de ce fait mieux connus que les enfants, il était nécessaire de prolonger l'enquête consacrée à ces derniers. Le Professeur DUCHÉ nous a fait l'honneur de nous la confier.

L'essentiel de notre travail devait résider dans l'analyse clinique de cas observés par nous-même dans différentes consultations médico-pédagogiques et plus souvent dans l'examen de dossiers issus de divers services hospitaliers, à commencer par celui du Professeur DUCHÉ. Au total l'enquête a porté sur 104 cas. Il convient de noter qu'il ne s'agit pas de simples menaces ou d'idées mais de formes -diverses mais certaines - de passage à l'acte.

Comment qualifier ces faits ? Mais ils n'ont pas été consommés - encore que quelques dossiers portent la mention d'une récidive ultérieure réussie -. Tentative de suicide ? Mais l'intention était-elle toujours tout à fait claire et consciente ? Chantage au suicide pour reprendre l'expression de Le Moal ? Mais peut-on d'emblée juger de l'insincérité du geste par le fait qu'il n'a pas abouti ? Nous préférons emprunter la notion de "CONDUITE SUICIDAIRE" à L. Crocq qui estime ce terme comme "le plus adequat à désigner un ensemble de gestes qui s'échelonnent du suicide consommé à l'idée de suicide proche du passage à l'acte", après s'être lui-même inspiré de D. Lagache qui définissait la conduite comme l'acte d'une "personne totale en situation". Par ces derniers termes il convient d'entendre une personne dont les motivations sont enracinées dans le capital des expériences antérieures, en cela totale, et en situation c'est-à-dire impliquée dans le réseau des interactions et des rôles qui composent l'espace social. Pour lourde et pédante que puisse paraître cette définition de la conduite en regard de la simplicité et de la spontanéité généralement reconnues à tout ce qui a trait à l'enfance, nous la jugeons particulièrement utile à notre propos.

Dès lors en effet, comprendre cette "conduite suicidaire", ce ne sera plus décompter seulement des procédés utilisés, non plus que les circonstances susceptibles d'être regardées comme "causes" du passage à l'acte, mais ce sera tenter de pénétrer la personnalité du suicidant pour distinguer d'abord

les modalités spécifiques de sa conduite (la sidération des fonctions vitales ou l'atteinte portée à l'intégralité corporelle comme la poursuite d'actions dangereuses ou la conduite de jeux ou de paris), pour reconnaître ensuite quelle "signification" l'enfant a voulu donner à son geste, ou quelle "fonction" il revêtait pour lui (fuite ou revendication notamment), sans oublier enfin de faire la part du contexte psychologique.

Tel est, à coup sûr, l'essentiel de notre étude et cette analyse clinique constituera de ce fait le thème central. Mais il est vite apparu nécessaire de la compléter par une démarche sociologique en quête du "fait suicidaire". Sans doute l'étude clinique de cas particuliers est-elle seule capable de faire saisir dans toute sa complexité cet être qui se fait au fur et à mesure de ses propres réalisations fonctionnelles et qui est l'enfant. Mais le témoignage de celui-ci comme celui de sa famille sont loin d'être exempts d'une certaine ambiguïté, et l'étude souffre nécessairement du caractère rétrospectif de la biographie. Dans ces conditions, c'est tout le milieu familial, d'une façon plus générale, l'environnement économique, social et culturel qu'il faut scruter. La conduite suicidaire a donc son écologie qui passe par l'analyse statistique du "fait suicidaire". Loin de s'opposer, les démarches du clinicien et du sociologue doivent se trouver associées.

L'une et l'autre méritent cependant d'être précédées d'une réflexion générale propre à poser le problème en termes satisfaisants. Tout d'abord, c'est l'existence même du phénomène "suicide infantile" qu'il convient de prouver. Nombreux sont en fait les auteurs qui dénient à l'enfant la possibilité de se donner la mort alors même que les concepts même de vie et de mort n'ont pas encore chez lui de contours clairement établis. L'un d'eux écrivait encore récemment : "Nous ne pourrions considérer comme suicide les morts de très jeunes enfants, publiées parfois sous cette étiquette et qui, bien qu'ayant l'aspect d'un geste volontaire, ne saurait traduire une détermination de se donner la mort mais seulement l'inconscience du danger". Il faut donc prendre parti et nous développerons les notions actuellement acquises concernant l'évolution du sentiment et du concept de mort. A notre avis, non seulement elles n'infirment pas la possibilité de conduites suicidaires chez le très jeune enfant, mais elles expliquent les différentes formes qu'elles peuvent revêtir.

Il convient ensuite de savoir si la distinction des suicides infantiles, des suicides d'adolescents doit revêtir un caractère impératif. Au plan des faits d'observation tout d'abord, la rareté incomparablement plus grande des premiers doit retenir l'attention. Mais reste encore à faire la part des interdits et des défenses de l'adulte amené à camoufler consciemment ou inconsciemment le geste suicidaire de l'enfant en accident, à lui donner un caractère bénin, à le minimiser, et la part qui reviendrait effectivement à un caractère inhérent au suicide infantile.

Au plan de la recherche ensuite, la problématique de l'entité suicide infantile pourrait se définir en s'appuyant sur les trois points suivants :

- L'étude des suicides de jeunes a presque toujours mêlé enfants et adolescents. Comme la fréquence du suicide ne cesse d'augmenter avec l'âge les échantillons étudiés comportent toujours nécessairement une majorité de cas situés à la limite supérieure retenue. Les chiffres de population totale, appelés en référence pour le calcul de taux de suicides pour 100.000 habitant notamment, étant disponibles par tranches quinquennales (5-9, 10-14, 15-19, 20-24 ans), les travaux existants souffrent gravement de l'introduction de ce de grands adolescents dont l'acte et les caractéristiques mentales sont sensiblement comparables à ceux de l'adulte. Ne doit-on pas reconnaître bien plutôt la puberté comme une coupure majeure et se limiter, dans l'étude clinique aux enfants prépubères, dans l'étude sociologique aux moins de quinze ans, si l'on veut cerner le "suicide infantile" ?

- Haim avait fort remarquablement montré que le suicide de l'adolescent est une entité distincte de celui de l'adulte, entité dont l'originalité est liée au contexte même de la maturation pubertaire d'une part, à la position de l'adulte tant en face de l'adolescent que de la mort elle-même d'autre part. Peut-on transposer à l'enfant, c'est-à-dire le suicide infantile va-t-il tirer une double spécificité, du contexte même de la période de latence en premier lieu, d'une attitude de l'adulte en face de l'enfant, différente de celle qu'il manifeste à l'égard de l'adolescent ensuite ?

- Enfin, certains auteurs, forts du caractère exceptionnel du suicide reconnu et recensé chez l'enfant, ont affirmé que le jeune enfant suicidaire se distinguait par des traits éminemment pathologiques, des ano-

malies patentes de la personnalité. Que faut-il en penser ? Plus généralement peut-on définir la personnalité type du tout jeune candidat au suicide, ou pour s'en tenir à une formulation plus attentive, la personnalité de l'enfant manifestant une conduite suicidaire ?

En définitive le jeune enfant "moyen" est-il sujet au suicide ? Ou encore, s'interroge l'adulte, comment cela peut-il être possible ? Voilà sans doute comme il convient de poser le problème avant d'analyser les témoignages recueillis qui constituent notre matériel d'enquête. Comment alors cerner un tel problème sans reconnaître qu'il y a trois acteurs : l'adulte, l'enfant et la mort, et que la question revient à définir les relations qu'il établissent entre-eux ?

---*---*---

HISTORIQUE DE LA QUESTION

Il convient de rappeler tout d'abord que l'intérêt porté au suicide juvénile est tout à fait récent. En effet les premières études datent d'une centaine d'années à peine et les travaux se consacrant à ce sujet sont restés longtemps fort peu nombreux en regard des études consacrées au suicide de l'adulte. L'intérêt d'un historique est certainement d'essayer de discerner le cheminement de la pensée scientifique qui a présidé aux recherches, et c'est pourquoi nous avons tenté d'en dégager les étapes majeures.

A l'origine, le souci des auteurs paraît avoir été d'ordre descriptif, c'est ainsi que furent soulignés plusieurs des caractères fondamentaux du suicide infantile. En 1855 Durand-Fardel, publiant dans les Annales médico-psychologiques une étude sur le suicide infantile, y insiste sur le caractère imaginatif que celui-ci revêt souvent. Cet exemple sera repris par Deshaies dans son ouvrage sur les suicides pour caractériser le suicide de l'enfant. En 1906, Moreau de Tours consacre sa thèse à ce sujet "Du suicide chez les enfants", il rapporte le cas d'un enfant de cinq ans. En 1910 Barbaux dans son ouvrage : "Etude médico-psychologique sur le suicide chez les enfants" met en évidence le caractère impulsif du suicide infantile et les réactions émotives intenses qui l'entourent habituellement.

On voit donc combien dans ce premier stade, la préoccupation majeure des auteurs était de répertorier les différentes formes d'actes-suicide de l'enfant, sans souci d'ailleurs de distinguer le jeune enfant de l'adolescent. Ils soulignaient tous l'émotivité, l'impulsivité, l'activité imaginative, l'instabilité thymique et intellectuelle qui donnent aux tentatives de suicide de l'enfant cette tonalité si particulière, mais comme le soulignera si justement G. Deshaies, tous ces caractères appartiennent à la psychologie normale de l'enfant et par conséquent marquent la totalité de ses actes.

Dans une seconde étape les auteurs paraissent s'être consacrés à la recherche des facteurs étiologiques.

En 1933, le psychiatre allemand Gaupp s'attache à rechercher parmi les 284 cas de son étude des entités nosographiques qui pourraient expliquer

d'une manière satisfaisante leur acte. C'est ainsi qu'il divise son lot d'enfant en psychopathes, malades mentaux, névrosés, caractériels, concluant que du point de vue psychique la plupart des cas s'écartaient de la normale. En 1936, G. May à Bâle, consacrant sa thèse aux suicides et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent insiste sur les tares héréditaires, l'alcoolisme des parents, et conclue à la prédominance des caractères psychopathiques chez ses jeunes malades. En 1944, Le Moal dans sa thèse remarquable inspirée par le Professeur Heuyer "Chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent" conclue lui aussi à l'anormalité des sujets qui se suicident en se référant tant aux antécédents familiaux habituellement fort lourds, chargés qu'ils sont d'alcoolisme, de psychopathies, de syphillis, etc... qu'aux antécédents personnels. 6 % seulement des enfants sont exempts de toute tare, encore qu'après l'étude clinique un seul des 165 cas étudiés fut reconnu "probablement normal".

A travers ce souci qui paraît dominer la recherche de cette époque, l'on voit pourtant déjà se dessiner d'autres préoccupations. Ainsi apparaît la distinction entre enfant et adolescent qui sera reprise par Deshaies en 1946 et aussi le souci d'analyser et de mieux définir le comportement suicidaire de l'enfant, ceci étant lié à l'évolution de la notion de mort.

Ceci correspond à notre troisième étape au cours de laquelle les auteurs isolent les notions d'idées, de tentatives, de chantages au suicide, le tout résumant l'ensemble des comportements suicidaires, tandis que parallélement, des essais de théories concernant le concept de mort chez l'enfant commencent à s'ébaucher.

Cousinet joue le rôle de précurseur dans ce domaine, encore que ses idées sur l'évolution de la notion de mort chez l'enfant aient été infirmées par la suite. Le Moal reprend également ce problème du concept de mort et surtout, se fondant sur la composante caractérielle des sujets observés, isole chantage, idées de suicide et tentatives sincères. Mais G. Deshaies, dans son ouvrage intitulé "Psychologie du suicide" (1946) a peut-être plus encore contribué à donner une nouvelle orientation à la recherche, bien que l'objet de son étude fut plus générale, affirmant que "la valeur psychologique du suicide varie avec le stade de développement atteint par l'enfant", il ébauche une dé-

chotomie entre les comportements suicidaires de l'enfant et ceux de l'adolescent. Il rappelle en effet que "l'âge infantile est surtout émotionnel, l'âge juvénile surtout passionnel". Par ailleurs il amorce des interprétations en profondeur inspirées des théories analytiques. C'est ainsi que dépassant les constatations immédiates de l'observation, il explore les prémices de l'impulsivité et de l'imitation.

Ainsi se trouve franchi le stade qui à nos yeux prend le rang de quatrième, et qui est caractérisé à la fois par une recherche des mobiles profonds de l'acte suicidaire chez l'enfant, et par un essai de différenciation des suicides infantiles et pubertaires.

En 1950 Schachter et S. Cotte rapportent 36 cas de mineurs ayant présenté des conduites suicidaires : chantage, idées, tentatives. Plus tard, ils étudieront 25 cas à la lumière du test de Rorschach. En 1952, Despert étudie les états dépressifs de l'enfant et leur relation avec les tentatives de suicide qu'il considère comme rares. En 1953, S.P. Liebermann analyse à partir de trois cas de tentatives de suicide chez l'enfant les viciations de la relation mère-enfant dans la genèse de telles conduites.

Geisler analyse les motivations profondes des tentatives de suicid de quatre enfants de 8 à 13 ans. On voit alors se multiplier les études consacrées aux suicides d'enfants et d'adolescents. Sans doute conviendrait-il de faire mention de l'apport d'auteurs comme Batchelor et Napier, Bakxin, Jacobzi Czerny, Gaultie, Fournier, Gorceix, Bergstrand et Toolan, Tuckman et Connon, Duché, Launay, Weill, Schrut, Sutter, Szymanska et Zelzomska, Otto, Porot, Roche, Zimbacca, Saulnier, Haim. On retrouvera ces noms dans la bibliographie. La plupart des études qu'ils ont publiées portent à la fois sur adolescents et enfants, mais le plus grand nombre d'entre eux sont conduits à distinguer ensuite les uns et les autres. On s'attachera seulement à définir ici ce qui peut associer et au contraire diviser les auteurs, à insister d'autre part sur ceux qui paraissent avoir apporté une contribution particulièrement signi ficative.

Un grand nombre d'entre eux insiste sur la rareté des maladies mentales et décrivent l'acte suicidaire comme réactionnel aux dissociations

familiales. C'est le cas de Baldwin en 1957, mais aussi de Gautier comme de Sutter qui signalent l'effet de la carence d'autorité, de même que Schrut qui met l'accent sur le lien avec la délinquance et avec les problèmes scolaires.

L'accord n'est pas total : si Szymanska et Zelzomska rejoignent Baldwin sur l'absence d'anomalies chez les sujets étudiés et assimilent les conduites suicidaires à un état dépressif transitoire, Otto par contre retrouve chez beaucoup des traits hystéroïdes et une immaturité importante. L'accord n'est pas fait non plus sur le cas spécifique de l'enfant. Toolan étudiant à la fois enfants et adolescents, ébauche pourtant la dissociation en affirmant qu'il existe une différence entre la personnalité des adolescents suicidaires et celle des enfants plus jeunes. Alors que chez l'adolescent on trouve le plus souvent des troubles du comportement et des caractériopathies, ou bien encore des réactions dépressives et d'ajustement, chez l'enfant plus jeune la personnalité est plus perturbée. Il affirme également l'existence de syndromes dépressifs authentiques chez l'enfant qui, faute d'être reconnus, font méconnaître un grand nombre de tentatives.

Launay distingue, lui aussi, tant dans la description clinique que dans l'analyse des différents facteurs, le suicide du jeune enfant de celui de l'adolescent. Mais il reconnaît ce faisant la réalité du premier. J. Weill au contraire, nie la possibilité du suicide chez le jeune enfant, affirmant que le concept de mort n'est acquis qu'à une date tardive.

Ces divergences contribuent à justifier la poursuite des recherches sur les suicides infantiles et juvéniles. Mais il convient de préciser que les deux auteurs qui ont le plus contribué à la connaissance du sujet sont sans conteste D.J. Duché d'une part (1964), Haim (1967) d'autre part. Il leur a été fait de tels emprunts qu'il ne paraît pas utile de vouloir résumer leur contribution en quelques lignes. Elle apparaîtra au cours de notre étude.

---*---

LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ L'ENFANT

Plan Général

INTRODUCTION

HISTORIQUE DE LA QUESTION

1ère Partie : Position du problème. L'adulte, l'enfant et la mort.

- Chapitre 1 - L'adulte avec la mort
- Chapitre 2 - L'enfant avec l'adulte
- Chapitre 3 - L'enfant avec la mort

2ème Partie : Analyse cli .ique des conduites suicidaires.

- Chapitre 1 - Présentation de l'échantillon
- Chapitre 2 - Les modalités spécifiques du passage à l'acte
- Chapitre 3 - Les fonctions du suicide infantile
- Chapitre 4 - Le contexte psychologique

3ème Partie : Le fait suicidaire.

- Chapitre 1 - La relation entre suicides et accidents
- Chapitre 2 - Géographie des morts accidentelles et des suicides d'enfants.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

*

* *

On trouvera un sommaire détaillé de chaque partie à leur début.

1ère PARTIE : POSITION DU PROBLEME : L'ADULTE, L'ENFANT et la mort.

Chapitre 1 - L'adulte avec la mort

A/ L'ambiguité de la notion de suicide.

B/ L'adulte devant la mort de l'enfant.

Chapitre 2 - L'enfant avec l'adulte

A/ Le développement de l'enfant

1 - la première enfance,

2 - la période de latence,

3 - les anomalies du développement.

B/ Les relations de l'adulte avec l'enfant

1 - les relations au sein de la famille,

2 - les relations entre adultes et enfants au travers de l'école

C/ L'évocation de la mort devant l'enfant

Chapitre 3 - L'enfant avec la mort

A/ L'évolution du sentiment de mort chez l'enfant

B/ Le suicide de l'enfant

1 - les difficultés d'appréciation du phénomène

2 - les conduites suicidaires infantiles dans la littérature.

*

* *

CHAPITRE PREMIER : L'ADULTE AVEC LA MORT.

Il est donc apparu nécessaire d'assurer les fondements de cette étude du suicide infantile par l'analyse des relations qu'entretiennent entre eux, l'adulte, l'enfant et la mort.

L'adulte avec la mort, telle est sans conteste la première à analyser. La connaissance scientifique du suicide est elle-même largement influencée par la conception de la mort que peut en avoir l'homme des pays occidentaux, marqué fortement par tout un héritage mental essentiellement judéo-chrétien, mais sans doute aussi modifié par les conquêtes de la révolution industrielle et de la révolution médicale. La mort a changé écrit Fabre-Luce, mais d'abord parce que l'homme a changé.

Il ne serait sans doute pas inutile d'ouvrir ce chapitre sur une réflexion consacrée aux relations de l'homme avec la mort en général. Ce serait peut-être cependant reculer encore l'abord du sujet précis qui doit retenir notre attention. Il convient seulement de dire qu'à mesure que la mort recule effectivement, à mesure par conséquent que la vie prend davantage de prix, l'effroi devant la mort semble croître ; à tout le moins les tabous se développent à son sujet alors que tous les autres tombent les uns après les autres, tel celui qui visait la sexualité. Il convient de garder ce fait en mémoire.

Deux aspects retiendront notre attention : l'ambiguïté de la notion de suicide d'une part, afin de définir le champ de notre enquête, et l'attitude de l'adulte en présence de la mort de l'enfant d'autre part.

A/ L'AMBIGUITE DE LA NOTION DE SUICIDE.

La notion de suicide est en apparence d'une cruelle simplicité. Pourtant chaque essai consacré à ce sujet échappe difficilement à l'exercice délicat de la définition du phénomène. Choisir une formulation qui

tout à la fois regroupe toutes les conduites suicidaires et reflète les nuances des courants de pensée d'aujourd'hui relatifs au sentiment de la mort et au comportement de l'homme s'avère rapidement d'une grande complexité.

Notre propos n'est sans doute pas de produire un nouveau Traité du Suicide et de l'ouvrir sur une définition particulièrement affinée. Bien au contraire, il sera fait ici de larges emprunts. Mais il convient de s'entendre sur les mots qui seront employés. Si, définition il doit y avoir, elle doit en tout cas contenir une réponse à cette question centrale que pose, plus encore que les autres, le suicide infantile : L'acte suicide se situe-t-il au niveau de la décision rationnelle ?

En tout état de cause, il nous paraît que le meilleur moyen d'y parvenir consiste à retracer l'évolution du concept de suicide. Il paraîtra sans doute qu'on ait voulu d'abord sacrifier à la tradition du rappel des thèses en présence. Mais il y a plus car c'est dans cette évocation, rapide au demeurant, que se préciseront les acceptions dont seront chargés les mots et que seront justifiées les positions adoptées.

1 - Les trois modes d'approche du suicide.

La thèse psychiatrique classique a constitué, il faut s'en souvenir, la première tentative d'explication scientifique du suicide lors même que l'engouement de la littérature et de la philosophie pour le sujet n'était pas encore retombé. Elle s'élabora en effet au XIXème siècle au moment où régnait une psychiatrie descriptive, constitutionnaliste et organiciste.

Dans ces conditions, elle fit du suicide :

- le fait exclusif des malades mentaux. Au dire même d'Esquirol, "les suicidés sont des aliénés".

- un symptôme à relier à une constitution pathologique (cyclothymie, hyperémotivité) ou à une maladie (dépression, mélancolie).

- un effet de "l'anxiété organique", en d'autres termes, l'effet d'un trouble de l'humeur biologique et susceptible, de ce fait, d'être héréditaire.

A cette thèse devait dès lors s'opposer la thèse sociologique, proposée essentiellement par E. Durkheim, fondée sur une analyse statistique et qui voit dans le milieu la cause fondamentale du suicide. Durkheim affirme en effet, les points suivants :

- "l'individu est dominé par une réalité morale qui le dépasse : c'est la réalité collective".

- l'idéal moral de l'individu au sein du groupe est fait de la combinaison "dans des proportions variables selon les sociétés, d'égoïsme, d'altruisme et d'anomie". Précaire équilibre menacé par l'accentuation de l'une de ces tendances et dont la rupture serait un facteur déterminant du suicide.

- plus se relâche le degré d'intégration de l'individu dans le groupe au sein duquel il vit, plus le risque de suicide est grand. Du même coup, toute modification des groupes sociaux contribue au développement de ce dernier.

Dans ces conditions Durkheim distingue le suicide égoïste de l'apathique, le suicide altruiste du passioné et le suicide anomique du dégoûté. Ceci conduit à penser que des événements les plus divers, voire contradictoires, servent de prétexte au geste fatal sans jamais en constituer une cause véritable et que, s'il revient peut-être aux facteurs personnels d'intervenir dans l'explication des cas particuliers, les facteurs sociaux sont absolument déterminants et expliquent notamment la constance statistique du phénomène.

Halbwachs devait ensuite rechercher l'influence sur le suicide du "genre de vie" et intégrer jusqu'aux facteurs individuels (circonstances, maladies mentales) dans les facteurs sociologiques du suicide. Il est à noter que les décès lui semblent la seule certitude de l'intention du

suicide et qu'ils sont seuls de ce fait à être retenus par lui.

Halbwachs propose dans ces conditions la définition suivante du suicide "tout cas de mort qui résulte d'un acte accompli par la victime elle-même, avec l'intention ou en vue de se tuer, et qui n'est pas un sacrifice". Pourquoi au passage cette dernière restriction ? Parce qu'il pense, contrairement à Durkheim, que les représentations collectives diffèrent dans le suicide et dans le sacrifice.

La thèse psychologique, que devaient défendre notamment H. Ey et G. Deshaies, n'eut pas seulement l'avantage de tenir une position intermédiaire et de s'abstenir ainsi des outrances auxquelles leur opposition avait nécessairement conduit les deux thèses précédentes, elle eut aussi le mérite de n'écarter à priori aucune forme particulière. Deshaies pouvait précisément faire remarquer que la définition du suicide n'était pas seulement querelle de mots mais impliquait une délimitation différente du phénomène. Et il nous parait utile de le citer ici :

"Le point de vue psychologique synthétique auquel nous prétendons nous placer exige, en bonne méthodologie, que nous ne séparions pas d'emblée des phénomènes que seule l'étude à posteriori peut nous autoriser à distinguer .... Concevrait-on d'entreprendre la psychologie du crime par exemple en écartant tout d'abord le crime politique ou le crime passionnel ? ". Aussi suicide et sacrifice lui paraissent liés, de même que suicide dit pathologique, c'est-à-dire conditionné par un trouble mental, et suicide normal.

Deshaies en vient alors tout normalement au problème, capital, de la conscience de l'acte. Constatant que de "curieux comportements inconscients se relient aux plus volontaires", il refuse de "poser une borne arbitraire". "Nous en revenons donc à la conception la plus large du suicide, que nous élargirons encore en n'exigeant pas la conscience de l'acte pour le prendre en considération". "Et la définition générique de départ auquel il s'arrête, suit rapidement : c'est "l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente, en prenant la mort comme moyen ou comme fin". (soulignés dans le texte, p. 5)

2 - La convergence actuelle des positions sur le suicide.

En même temps que nous manifestons au terme de cette évocation des diverses thèses notre préférence pour la dernière et notre adhésion à la définition de Deshaies sans réserves majeures, nous devons dire que sa modération a contribué à rapprocher les points de vue. Le fait tient peut-être aussi à l'atténuation de l'esprit d'école et à la lente acceptation de la pluridisciplinarité. Quoiqu'il en soit les interdits tendent à tomber. Sociologues et psychiatres se rapprochent. Les premiers ne songent plus à méconnaître les facteurs individuels et analysent sous le vocable de facteurs psycho-sociaux les phénomènes collectifs qui laissent leur marque dans l'organisation de la personnalité. Les psychiatres de leur côté se libérent de leur perspective d'aliéniste et de la considération pour la seule psychose pour faire la part de facteurs extérieurs. Ils écrivent les divers processus ou les divers types d'organisation de la personnalité qui prédisposent au suicide.

Il semble de la sorte que l'accord sur la notion de suicide en vienne petit à petit à se réaliser, tout en laissant à chacun le libre choix de la priorité à donner à l'un ou à l'autre des deux éléments constitutifs, la conduite suicidaire d'une part, dont les psychiatres scrutent la signification et qu'ils tentent de relier au type d'organisation de la personnalité ou aux dispositions caractérielles, la situation suicidaire d'autre part que composent en s'interpénétrant les facteurs intrinsèques et ces divers facteurs que Deshaies qualifiait d'extrinséques et que l'on gagne à considérer aujourd'hui comme facteurs psycho-sociaux.

On notera que cette situation suicidaire est donc celle que dessine pour chaque individu cette interpénétration des facteurs personnels et des facteurs extérieurs. Elle ne saurait donc être confondue avec le fait suicidaire. Celui-ci correspond à une toute autre approche de la question, à une démarche sociologique abandonnant le cas individuel pour le constat d'ordre statistique d'une réalité collective.

3 - L'apport de la psychanalyse.

Bien qu'elle n'ait guère étudié le suicide proprement dit, la psychanalyse se trouve apporter un précieux concours pour avoir placé

au coeur de ses préoccupations le nécanisme d'autodestruction psychique. Freud a introduit en effet la notion "d'instinct de mort (Thanatos)"comme tendance au retour à l'inanimé, antagoniste de l'instinct d'autoconservation et de reproduction, de vie en d'autres termes qu'est Eros. Dans toutes les activités psychiques les deux instincts sont intriqués : les conduites guidées par le plaisir ont une composante agressive. Inversement, les manifestations destructives comportent une dimension libidinale. Une partie de l'instinct de mort est asservie par Eros sous forme d'agressivité et conquêtes, l'autre partie, si elle n'est pas inhibée, poursuit son action destructrice.

Dès lors les notions de conflit et d'ambivalence se sont trouvées prendre une toute autre dimension : instinct de vie et pulsion de mort constituent ensemble le moteur du fonctionnement psychique. Le dualisme instinctuel lie de ce fait le désir agressif ou sexuel au désir de mort dans chacune des occasions majeures d'organisation de la personnalité. Ainsi sans avoir jamais donné beaucoup de place à l'acte d'autodestruction lui-même, la psychanalyse a largement contribué à faire connaître les états favorisant le passage à l'acte. Courchet notamment a fort bien relié cette conduite motrice aux troubles de l'élaboration verbale. Les états prépathologiques et les facteurs déclenchants qui favorisent la régression et la destructuration préliminaire à l'acte s'en trouvent éclairés.

Ainsi le choix de l'heure, du lieu et du procédé de suicide a été interprêté à travers le jeu des défenses narcissiques, des identifications et le principe de répétition de façon originale et positive.

B/ L'ADULTE DEVANT LA MORT DE L'ENFANT.

Si l'adulte s'entoure de multiples défenses devant la mort d'un autre, que dire de son attitude devant la disparition d'un enfant. Il se résoud à devoir accepter la mort de l'adulte, tenue pour une part comme une punition. Mais le mythe de la totale innocence de l'enfant rend sa mort tout à fait inacceptable. Le rituel ne manque pas de différer et prend soin de draper de blanc le petit cercueil, comme pour éloigner les symboles et l'image même de la mort. Bien plus si la mort

a particulièrement reculé devant les progrès de la médecine, c'est bien chez le jeune enfant. Il y a un demi-siècle encore, la famille était très habituellement confrontée avec l'issue fatale des maladies infectieuses. Les moyens puissants dont dispose aujourd'hui la médecine font apparaître désormais la mort de l'enfant comme un scandale, comme un échec que l'on tait et que l'on nie.

Il convient bien sûr de distinguer la mort violente ou accidentelle de la mort lente, par laquelle s'achèvent encore cancers et leucémies infantiles. La première est sans doute davantage notre propos mais la connaissance de l'attitude de l'adulte devant la mort brutale n'est pas familière au médecin, dont l'intervention est trop courte ou inexistante. Pareilles circonstances ne permettent pas pour autant au sociologue de s'informer. On en conviendra aisément. Il faut donc se tourner vers les médecins spécialisés dans le traitement des maladies mortifères. A cet égard la communication au Colloque International de Psychologie médicale faite en 1971 par N. et J.M. Alby est parue très éclairante, ils y faisaient état de l'expérience acquise dans le service du Professeur Bernard.

Il semble que la mort brutale soit plus insupportable, surtout lorsqu'elle frappe un enfant qui présente les apparences d'une bonne santé. Elle provoque un phénomène de sidération. Les mécanismes de défense se mettent très difficilement en place et sont essentiellement de l'ordre de l'annulation. Ainsi lorsque le décès n'est pas accidentel mais que la mort se profile au terme d'une maladie très brutale, la famille refuse le diagnostic du médecin.

La maladie fatale, elle, engendre dans l'entourage de l'enfant, des mécanismes de défenses plus riches et plus variés, permettant de lutter contre l'angoisse et contre la culpabilité liée à l'ambivalence des relations entre adultes et enfants. La ritualisation des examens médicaux et paramédicaux, poussés jusqu'à l'obsession, et la rationalisation apportée dans la quête d'information font du temps qui passe une protection. En même temps l'affect intolérable est refoulé dans l'incons-

cient et installe l'écran protecteur de la dénégation entre la mort et l'enfant. L'angoisse provoque une régression archaïque par laquelle les parents investissent le médecin d'une toute puissance quasi magique.

Les parents ont ainsi assuré leur propre défense. Il leur faut aussi bien sûr protéger l'enfant. On veut le rassurer en ne lui parlant surtout pas de sa maladie, on ne l'autorise pas à savoir. On le laisse en proie à ses peurs, aux tabous de son entourage. Mieux,sa lucidité provoque une folle angoisse chez ses parents. Ils la condamnent et ils enferment l'enfant dans les fantasmes liés à son évolution affective.

Survient la mort, vécue comme un abandon réciproque, parfois matérialisé par la fuite. L'hôpital rend volontiers le malade à sa famille pour épargner les infirmières qui l'ont soigné. Il arrive au contraire qu'une mère éplorée ne puisse plus supporter davantage la vue de son enfant mourant. Chacun tente de projeter cette responsabilité intolérable de la mort, jusqu'au moment où nul ne sait plus très bien, par le jeu de l'identification projective avec le mourant, qui abandonne qui.

---*---

CHAPITRE DEUXIEME : L'ENFANT AVEC L'ADULTE

La notion d'enfance paraît d'une très grande simplicité mais il est évident qu'il n'en est rien, pour deux raisons essentielles :

- la rapidité et la profondeur de l'évolution, tant physique que psychique, d'une part ;

- les résistances de l'adulte d'autre part, qui se refuse à admettre la réalité de l'enfance et qui la travestit, la parant des couleurs de l'innocence, de la pureté et de la candeur. L'ambivalence de la relation de l'adulte à l'enfant est sans aucun doute un obstacle majeur à la découverte de ce monde particulier de l'enfance, riche tout comme celui de l'adulte et peut-être plus encore, de conflits, d'agressivité et du besoin de possession.

Il importe donc d'aborder au moins brièvement ces deux aspects, le développement de l'enfant et les relations de l'adulte et de l'enfant. Ce d'autant plus que ce développement de l'enfant est peut-être moins l'édification programmée par le capital génétique d'un ensemble de fonctions successivement acquises qu'un enrichissement progressif, produit du commerce de l'enfant avec son milieu.

A/ LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT.

Le développement de l'enfant ne mérite sans doute pas d'être étudié ici pour lui-même. Il importe seulement de rappeler que son étude a été très souvent menée en tentant de faire abstraction des relations enfants-parents pour mieux analyser ses différentes composantes cognitives, sociales et instinctuelles. Pour chacune d'entre elles, des stades de développement ont été observés et définis mais il ne faut pas perdre de vue que la maturation de l'enfant ne dépend pas seulement des acquisitions successives d'ordre somatique et neurologique, mais de la relation qu'il engage avec

le monde extérieur : la cellule parentale tout d'abord, le milieu social d'autre part. La meilleure preuve en est fournie par le fait que la périodisation synthétique à laquelle se rallient les auteurs, c'est-à-dire la distinction de la première enfance et de la période de latence, correspond à un changement dans l'horizon des relations avec autrui : la première période est celle des échanges avec la mère et le père, la seconde est celle des contacts avec la société par l'entremise de l'école.

I - LA PREMIÈRE ENFANCE.

La première enfance obéit à une triple unité : unité de temps et de sujet tout d'abord en ce sens qu'elle est la période où se développent les fonctions sensori-motrices, la maîtrise des pulsions instinctuelles, l'acquisition et la mise au point du langage. Unité de lieu ensuite car l'enfance se construit essentiellement dans le cercle familial, plus précisément dans le système de relations triangulaires organisées entre la mère, le père et l'enfant, tient-on souvent à dire, encore qu'il ne faille point oublier la fratrie. Dans les six premiers mois de la vie, la relation de l'enfant à la mère est d'abord symbiotique : relation du besoin vital jusqu'au moment où s'opèrent la différenciation et la représentation de la mère comme objet, le premier objet extérieur. La perception de cette dépendance qui est à la fois vitale et privatrice entraîne une réaction d'ambivalence dont le paroxysme constitue la phase oedipienne. C'est l'intervention du père qui retire à cette relation son caractère destructeur et qui peut moduler le retentissement sur l'enfant d'une mère plus ou moins pathogène. Au père revient donc un rôle difficile : être à la fois un rival et un modèle, être à l'origine de l'identité de l'enfant et lui fournir par la relation avec lui le prototype des relations à nouer avec le milieu social. En réalité, la mère remplit dans le développement de l'enfant une fonction maternelle, permanente et universelle parce que son fondement est biologique tandis que la fonction du père de transmission d'une culture et de représentation de la loi est transposée dans notre civilisation en rôle défini par le milieu économique, social et résidentiel.

A coup sûr, il serait hors de propos de développer ici l'examen de la première enfance mais les remarques rapides qui viennent d'être

faites à son sujet étaient croyons-nous indispensables : l'accent doit être mis sur la nécessité d'inclure dans l'examen de tout enfant l'histoire de ses premières années et plus spécialement le mode d'établissement - ou de carence - des relations entre la mère, le père et l'enfant. C'est en fait tout le cercle familial et le cadre de vie qu'il importe de connaître car ils façonnent et individualisent l'enfant, ils l'arment d'un langage plus ou moins approprié à l'ouverture sur le monde extérieur qu'est l'école.

2 - LA PERIODE DE LATENCE.

C'est précisément l'école qui prépare et assure le tournant décisif qui caractérise le développement de l'enfant vers 7-8 ans. C'est en effet à cet âge que s'ouvre la période que les analystes nomment période de latence et qui correspond pour les psychologues généticiens à l'avénement de la pensée logique. Comme les cas où les tentatives de suicide qui font l'objet de notre étude se placent dans cette période du développement de l'enfant, celle-ci appelle nécessairement quelques observations. Cette période voit peu à peu l'enfant se libérer de son égocentrisme et de toutes les illusions de sa perception, il devient alors capable de rectifier ses erreurs perceptives par le raisonnement et introduit dans le monde trompeur des apparences ordre et cohérence. La morale hétéronome imposée de l'extérieur et inspirée des institutions sociales normatives fait place à une morale autonome issue de l'extension des relations et de la coopération. Sur le plan affectif il est vrai qu'il n'y a pas de nouveau but instinctuel, ce qui a fait considérer à tort qu'il ne se passait rien à la période de latence, on voit par contre le Moi et le Surmoi exercer à la faveur de leur développement, un contrôle croissant sur la vie instinctuelle.

Pour Piaget le développement des structures cognitives est intimement lié à celui de l'affectivité et de la socialisation. Sur le plan intellectuel, c'est la période des opérations concrètes, mais l'enfant est déjà capable de décentration : il n'est plus limité à son propre point de vue, il peut coordonner les différentes informations à condition bien sûr que les opérations portent sur la réalité susceptible d'être manipulée. Par ailleurs s'ébauche la causalité, mais l'enfant

n'est pas encore capable de bien distinguer ce qui est probable de ce qui est nécessaire. A ce stade, grâce à l'apport de la multiplication des échanges sociaux : jeux, activités de groupe, l'enfant prend conscience de sa pensée par rapport à celle d'autrui, en un mot sa pensée s'objective.

Pour Wallon, cette période marque la fin du stade de personnalisme allant de la phase d'opposition à ce moment de grâce caractérisé par les progrès de la maîtrise gestuelle et motrice qui permet à l'enfant de se faire admirer et aimer. Lui fait immédiatement suite le stade de personnalité polyvalente où l'enfant grâce à cette vie sociale scolaire nouvelle qu'est la vie scolaire a non seulement l'occasion de s'individualiser mais encore la possibilité de nouer avec son entourage des rapports nouveaux se liant et se déliant selon les intérêts et les circonstances. Ainsi pou à peu l'enfant devient capable de participer aux activités de plusieurs groupes à la fois et de ne pas y jouer le même rôle; il s'affirme en tant qu'unité susceptible d'entrer dans différents ensembles et ayant pouvoir de les modifier.

Pour Freud cette période de latence amorce le déclin du complexe d'Oedipe ce qui correspond pour l'enfant à l'impossibilité de réaliser son double désir amoureux et criminel. A ce moment le développement sexuel subit un temps d'arrêt, la culture favorisant d'ailleurs la décroissance de la poussée pulsionnelle. En effet l'enfant développe contre ses pulsions toutes sortes de défenses particulièrement actives dont l'efficacité est liée au contrôle grandissant qu'exercent le Moi et le Surmoi sur la vie instinctuelle. Le Moi acquiert une plus grande résistance à la régression en même temps que ses activités propres - perception, mémoire, pensée - s'affinent. Dès lors le refoulement et les mécanismes d'identification en viennent à prendre une place essentielle. Dans l'incapacité d'évincer un rival gênant, l'enfant cherche à s'identifier à lui, ce qui est encore une manière de poursuivre la conquête oedipienne de l'autre parent. Mais il s'opère aussi chez lui tout un jeu de déplacements successifs des affects sur des objets nouveaux, en même temps que tout un système de défense contre ces mêmes affects. Dans ce domaine, les mécanismes les plus élaborés sont les formations réactionnelles ; elles aboutissent à des contre-investissements et par là même à une véritable redistribution des énergies pul-

sionnelles. A n'en pas douter, les acquisitions scolaires sont obtenues dans une large mesure au cours du refoulement des pulsions instinctuelles.

En définitive cette période de latence est caractérisée par trois acquisitions majeures : celle de la conscience sociale et d'une conduite publique différente de la conduite privée, celle de la pensée rationnelle, qui est isolée du fantasme, celle d'une morale enfin, fondée sur les institutions sociales. On ne peut manquer de relever cependant que P. Blos fait une différence entre filles et garçons en ce qui a trait à cette période de latence. La fille aborde cette période avec plus d'aisance tandis que le garçon marque plus fréquemment une régression au stade prégénital au moment même où il aborde cette période. Par contre à la fin de ce stade, c'est la fille qui entre dans une période de conflit : au moment où les pulsions de la prépuberté s'éveillent en elle, submergeant toutes possibilités de résistance de son Surmoi.

3 - LES ANOMALIES DU DEVELOPPEMENT.

Le développement de l'enfant se faisant par stades successifs, le passage à un stade ultérieur peut être empêché ou retardé par différentes raisons qui demandent à être élucidées. Nous pensons que dans ce domaine, il peut être utile de distinguer causes profondes et causes immédiates.

Ces dernières rentrent pour l'essentiel dans les catégories suivantes :

- une excessive satisfaction vécue dans le stade présent
- des difficultés rencontrées dans la résolution des problèmes affectifs ou intellectuels du stade ultérieur
- un évènement majeur et perturbant tendant à maintenir l'enfant à ce stade.

Mais au delà il faut saisir l'action de causes profondes qui sont de deux ordres : des insuffisances organiques d'une part, des viciations des relations d'autre part. Ces dernières sont introduites soit par la privation - la disparition d'un parent - soit par le caractère patho-

gène de l'un d'entre eux.

Ces diverses causes provoquent une fixation affective et souvent même une régression sur tous les plans.

Il importe grandement d'ajouter une variable fondamentale : l'âge de l'enfant. L'effet de causes identiques diffère profondément selon l'âge et le stade de développement de l'enfant. On sait ainsi que le décès du père est particulièrement traumatisant pour l'enfant de cinq à dix ans : avant cet âge, un bon substitut peut atténuer le dommage, après dix ans le travail de deuil s'accomplit. Entre cinq et dix ans par contre l'enfant n'a pas les moyens de réagir en face d'une réalité qui l'accable et qu'il fuit.

Une nouvelle fois l'examen attentif des antécédents familiaux comme du contexte social apparaît fondamental.

B/-LES RELATIONS DE L'ADULTE AVEC L'ENFANT.

Il faut distinguer les relations des parents avec leur (s) enfant (s) des relations qu'entretiennent avec ceux-ci d'autres adultes, physiquement présents ou au contraire abstraits mais transmettant leur message aux enfants par le livre ou par l'image. L'école est donc ici concernée.

I - LES RELATIONS AU SEIN DE LA FAMILLE.

Dans notre type de société le drame familial se joue essentiellement entre père, mère et enfant (s). Ils constituent ensemble ce qu'on appelle le groupe familial naturel, ou ce que l'INSEE dans ses analyses démographiques appelle la famille biologique. Il est certain que le groupe familial dans lequel évoluait l'enfant était plus large autrefois, dans un cadre patriarcal réunissant grands-parents et souvent oncles et tantes. Toute comparaison avec des analyses anciennes doit tenir compte de l'évolution sociale intervenue.

Les parents sont donc plus que jamais déterminants par leur action ou par leur démission. Mais il importe moins de s'arrêter sur l'iden

tification "objective" des qualités et des défauts du père et de la mère que de saisir la dialectique des relations entre parents et enfants. Que donnent les parents ? Quelle est la signification ou la motivation de leur geste ? Comment l'enfant reçoit cet apport, dans le réel et dans l'imaginaire ? Quelle réponse adresse-t-il à ses parents et comment enfin ceux-ci reçoivent-ils cette réponse ? Là sont les vrais problèmes d'investigation. Sans doute les caractères pathogènes relevés dans les observations nous seront-ils utiles : père cruel, rigide ou absent, mère hyperprotectrice ou rejetante ... mais il importerait beaucoup plus dans la pratique médicale et psychologique d'examiner en profondeur la qualité des relations entre parents et enfants.

Les relations de fratrie semblent être essentiellement l'occasion de déplacer des sentiments oedipiens non liquidés. Frères et soeurs luttent pour la possession exclusive de la mère et cette lutte est peut-être déjà l'apprentissage de la vie sociale. Mais une fois de plus l'attitude des parents à l'égard de tous leurs enfants est déterminante.

Les grands-parents n'ont plus souvent l'occasion d'avoir une influence profonde, en particulier en milieu urbain. Dans certains cas cependant ils peuvent jouer le rôle de substitut valable après la disparition ou la démission des parents. Dans d'autres cas au contraire, ils se conduisent en rivaux, mettant l'enfant en présence d'une double image parentale.

Les divers cas de groupes familiaux incomplets et dissociés doivent retenir particulièrement l'attention.

L'enfant illégitime n'a pas seulement été abandonné par son père naturel. Il l'est encore à divers degrés par une mère culpabilisée par la société.

Il fait souvent l'objet de placements successifs qui ne lui offrent aucune sécurité et qui le laissent en proie à une grande avidité affective. Il sera toujours l'enfant de personne. Il accuse un dysfonctionnement intellectuel, des déséquilibres caractériels et des tendances dépressives.

L'orphelin va souffrir non seulement de la perte d'objet mais aussi de son incapacité partielle à comprendre le pourquoi et la nature de la mort. Il la met en relation avec des événements mineurs contemporains du décès qui, renouvelés, lui paraîtront présage de mort ou bien l'associe à sa mauvaise conduite antérieure et y voit l'effet magique de son agressivité. Dans le premier cas, paniques hypocondriaques et fantasmes débouchent souvent sur un désir de réunion avec le parent défunt. Dans le second cas, l'orphelin se fixe une conduite auto-punitive et présente souvent par la suite états dépressifs et désordres sociopathiques. Une corrélation a pu être établie entre l'état d'orphelin et la délinquance.

Les enfants de divorcés endossent dans la majorité des cas la responsabilité de l'échec de leurs parents, du fait de leurs propres sentiments de culpabilité et de l'attitude ambigue que peuvent avoir leurs parents en face d'eux. Réactions dépressives et comportements sociaux sont à long terme à craindre là encore. Le spectacle de l'hostilité entre parents est source d'un profond sentiment d'insécurité et d'une agressivité tournée contre l'un, parfois contre les deux parents, qui peut se transposer dans la vie sociale de l'enfant, voire de l'adulte qu'il deviendra.

L'enfant de parents malades peut connaître des difficultés d'adaptation sociale, en partie imputable aux placements dont il a fait l'objet.

Il est enfin une situation particulière, encore relevée dans les dossiers examinés, celle du pseudo-orphelin : le père, prisonnier pendant de longues années, se voit à son retour de captivité, considéré comme un intrus et rejeté par l'enfant.

Orphelins partiels et enfants de parents divorcés connaissent souvent une situation nécessairement aggravée - ils peuvent avoir trouvé de bons substituts - mais à tout le moins compliquée qui procède de remariage. Marâtres ou parâtres ont un rôle difficile à assumer du fait de la réactivation de pulsions oedipiennes dont ils sont l'objet, du fait aussi de leurs propres sentiments de rivalité à l'égard du disparu qu'ils remplacent.

2 - LES RELATIONS ENTRE ADULTES ET ENFANTS AU TRAVERS DE L'ECOLE.

L'entrée à l'école est à coup sûr une rupture, une séparation d'avec un monde familial clos, l'adaptation à de nouveaux modes de relations sociales. Aux connaissances librement acquises succède un programme d'acquisitions imposées : les modes de pensée infantile font également place à des raisonnements d'adultes en réduction.

En fait ceci n'est qu'apparence. L'univers scolaire est encore pour l'enfant l'occasion de revivre ses problèmes familiaux sous une autre nouvelle forme. Chez les parents, pendant ce temps, l'école réactive les problèmes personnels et provoque une attitude ambivalente : le transfert d'autorité est condamné à haute voix comme destructeur du groupe familial mais exploité parce que commode, surtout au sein de la population urbaine. L'échec scolaire de l'enfant quant à lui est ressenti par les parents tout à la fois comme une défaite personnelle mais également comme l'assurance de ne pas être dépassé par l'enfant.

Quant au maître, il est lui aussi tout en même temps l'image du père et l'image de la loi et de la société. Il n'est pas utile de développer davantage ces différents aspects du problème de l'école. Il s'agissait seulement de les évoquer, en raison de l'impact qu'ils ont dans le jeune esprit. Mais il convient par contre de s'arrêter sur un aspect des relations de l'adulte et de l'enfant immédiatement lié à notre sujet : la façon dont la mort est évoquée.

C/ L'ÉVOCATION DE LA MORT DEVANT L'ENFANT.

Depuis un siècle, les relations de l'adulte et de l'enfant, tant en famille qu'à l'école, ont bien changé sur tous les plans. Mais jamais autant peut-être que sur le chapitre de la mort. De celle-ci à coup sûr, l'adulte ne parle plus de la même façon à l'enfant.

A cela il y a d'abord une excellente raison : la mort était autrefois beaucoup plus fréquente, beaucoup plus présente et frappait

tant la famille que l'entourage. La mère morte en couches, le frère enlevé par la diphtérie, le père victime d'un accident de cheval, le fait était devenu presque coutumier. Aujourd'hui l'orphelin est rare. Les démographes savent nous rapporter sur ce point des données précises et chiffrées.

Les relations sociales étaient aussi plus totales qu'aujourd'hui. La dimension de l'espace social limité essentiellement au village ou au quartier de la ville, et la moindre mobilité résidentielle permettait la connaissance intime et constante de l'entourage et des événements qui l'affectaient. Aujourd'hui l'anonymat de la grande ville, et la hâte qu'imposent la production comme la consommation, conduisent à vivre des rôles successifs et permettent de choisir, devant tel ou tel événement venant à frapper l'entourage point trop immédiat, d'y participer ou, plus souvent, de l'ignorer. Les conditions sont ainsi réalisées pour le développement d'un tabou.

Effectivement, Philippe Arès nous le rappelle, la mort était "une grande cérémonie quasi publique que le défunt présidait" et la cohésion du groupe social interdisait d'en écarter complètement les enfants. Le service funèbre imposait d'ailleurs la présence de nombreux enfants de choeur. Aujourd'hui les enfants sont le plus possible écartés du deuil.

Ce qui est vrai de l'attitide parentale l'est aussi du message de l'école et rien n'est plus révélateur que le livre scolaire. Il faisait nécessairement une large place à la mort. Les raisons de doctrine n'y sont pas tout à fait étrangères. L'école devait être l'arme de la revanche. et l'éveil du patriotisme passait nécessairement par la glorification du sacrifice suprême :

> "Ceux qui pieusement sont morts pour la patrie
> Ont droit qu'à leur cercueil la foule vienne et prie ...

Ouvrons d'abord le livre d'histoire : on y voit d'abord Blandine mourir dans l'arène pour le respect de sa foi, avant qu'il ne s'ouvre sur l'épopée et la fin tragique de Jeanne d'Arc. Le Grand Ferré n'est pas en reste qui, brûlant de fièvre, accepte le risque mortel d'aller dans le froid abattre force anglais. Mais l'école est celle de République, qui nous appelle, les enfants. Et Boucher d'évoquer le sacrifice du Jeune Bara :

Ecoutez l'histoire d'un brave
Qui s'est donné tout jeune à la France en péril.
Son visage est charmant et grave :
Treize ans mais son coeur est viril.

Notons encore que Viala et plus tard Gavroche, ont également place dans nos mémoires. Mais le sacrifice de sa vie pour une grande cause n'est pas pour autant la seule évocation de la mort. Rappelons-nous l'image terrible de la défenestration de Coligny. La mort est un fait naturel très normalement rencontré. G. Bruno veut initier les écoliers "à la vie pratique et à l'instruction civique en même temps qu'à la morale"?. On ne s'étonne pas dès lors que le "Tour de France par deux enfants" ait commencé par la mort accidentelle du père et que le tour des provinces françaises ait comporté, avant même de s'achever à Paris, un retour sur la tombe paternelle pourtant située en pays annexé. La mort est donc là dans tous les livres de lecture et crée les situations les plus diverses et les plus dramatiques.

André et Julien ne sont pas les seuls orphelins. D'autres, telle Cosette, sont promis aux malheurs du placement. Mais il y a plus, la mort se saisit aussi de l'enfant, avec toute la force du Roi des Aulnes. Elle sait punir les adultes félons en faisant disparaître leurs enfants derrière le joueur de flûte. Elle s'en prend même à de petites âmes innocentes comme cette petite Suzanne dont le Petit Trott de Lichtenberger se rappelle brutalement au milieu du bal costumé:

"Pauvre Suzanne, maintenant elle dort toute seule là-bas, dans le petit cimetière, près de la mer, qui lui chante ses terribles chansons.

Tenez-vous bien les enfants ! Il ne vous est pas épargné de tomber quelquefois sous les coups de vos propres parents : voyez l'Espagnole qui, pour empoisonner plus sûrement 22 soldats, "action que je ne puis cependant appeler autrement que grande et courageuse", accepte de boire elle-même et de faire boire à son enfant du breuvage qu'elle leur a préparé. Et le sombre Matteo Falcone abat son fils d'un coup de fusil parce que l'enfant a, pour une montre, trahi le bandit d'honneur que son père hébergeait.

Il est vrai qu'une autre fois, c'est Alphonse Daudet qui nous l'apprend, l'enfant commet un crime. Pour un peu d'argent, le petit Stenne s'est fait espion pendant le siège de Paris. Son père part dans la nuit rapporter l'argent aux Prussiens. "On ne l'a jamais revu depuis".

Que reste-t-il de toute cette danse macabre dans les livres scolaires d'aujourd'hui ? Madame Suzanne Molle a pris soin de mesurer la place qui était faite à la mort dans les manuels de lecture : déjà très inférieure à celle qui lui revenait avant la guerre, estimée à quelques 20 % entre dans les livres édités entre 1957 et 1967 (de 15 à 25 % environ), elle est tombée à moins de 10 % dans les ouvrages parus après cette date.

Moins souvent mis en présence de la mort dans leur entourage, tournés à l'école vers d'autres curiosités, les enfants ne voient plus guère la mort qu'à travers le petit écran. Mais là dans les films de western, dans les scènes policières comme au cours du Journal Parlé qu'on regarde en mangeant, "la mort est devenue un spectacle, elle rassure car elle se transforme en fiction : les morts ce sont les autres", (Jacques Duquesne) En somme, elle ne met plus en cause l'immortalité naturelle.

----*----*----

CHAPITRE TROISIEME : L'ENFANT AVEC LA MORT

A/ L'EVOLUTION DU SENTIMENT DE MORT CHEZ L'ENFANT.

Il apparaît nécessaire de s'entendre sur le degré de conscience qu'a le jeune candidat au suicide de la nature exacte de la mort. Pour certains auteurs (d'obédience intellectualiste) s'inspirant du courant de pensée de la psychologie génétique, la notion de mort apparaîtrait tardivement parce qu'elle participerait d'une manière de pédagogie dépendant à la fois de facteurs empiriques, de facteurs sociologiques et de facteurs biologiques liés à la maturation. "La notion de mort n'est pas innée ni instinctuelle, elle est acquise et d'origine sociale" ont pu conclure MM. Heuyer, Lebovici, Giabicani. Pour d'autres auteurs, tels que Haim par exemple, une telle façon de voir maintient la confusion entre le sentiment de la mort et sa conceptualisation. En fait la notion ne saurait être donnée qu'à ceux qui portent déjà l'expérience en eux-mêmes. L'angoisse de mort, en tant qu'expérience préalable fondatrice du vécu de la mort, se situe aux origines mêmes de la conscience et dort au fond de l'enfant. Ne faudrait-il pas voir dans le décalage entre cette expérience primitive et l'apparition tardive de la conceptualisation l'expression des défenses de l'enfant, des interdits de l'adulte et d'un certain déficit idéo-verbal ?

Loin de nous écarter de notre sujet, cette question est au coeur du problème et il importe de faire un choix parmi les thèses en présence.

1 - LE POINT DE VUE INTELLECTUALISTE (ou l'étude des représentations verbales et conceptuelles de l'enfant).

Wallon, Heuyer, Lebovici, Giabicani ont infirmé l'opinion de Cousinet selon laquelle l'idée de mort se développerait à partir de notions abstraites pour aboutir aux faits concrets. Ils ont décrit bien plutôt quatre phases évolutives au sein d'une démarche opposée, qui partant d'expériences vécues, conduit l'enfant à formaliser l'idée de la mort.

Dans un premier stade, l'enfant nie que la mort puisse exister. Dans un second stade, elle est conçue comme une disparition provisoire, une absence, une maladie, elle n'intéresse que les gens âgés et présente un caractère réversible. Vers neuf ans une nouvelle étape est franchie : la mort est comprise comme pouvant intéresser d'abord les personnes neutres puis leurs proches et eux-mêmes en dernier ressort. Les enfants en sont longtemps protégés et très souvent la mort n'est pas définitive. "Je comprends bien que mon père est mort, mais je ne peux pas comprendre pourquoi il ne rentre pas pour dîner" disait à Freud un enfant de dix ans, très intelligent, après la mort soudaine de son père. Un de nos malades, âgé de neuf ans et examiné après le décès accidentel de son père, nous dît récemment : "je sais que mon père est mort, qu'il est enterré mais il reviendra samedi". Le quatrième stade est franchi à un âge variable, habituellement dans le courant de l'adolescence. Certes rien d'absolu dans la distinction de ces différentes étapes mais à coup sûr une démarche générale sous-tendue par trois facteurs qui mêlent leurs effets :

1/ Il y a d'abord l'action d'un processus biologique lié à la croissance et à la maturation de l'enfant : les fonctions mentales de représentation et de mémoire voient leurs champs et leurs possibilités se développer suffisamment pour autoriser à l'enfant la formation du sujet et de l'autrui selon les dimensions du temps et de l'espace. Lansberg n'a-t-il pas signalé le rôle indispensable de l'individualisation dans la connaissance de la mort. Bien mieux, la crise de personnalisme ne suffit pas à donner au Moi et à l'objet suffisamment d'autonomie pour que la mort prenne toutes ses dimensions. M. Wallon cite les propos incohérents d'enfants de 5 à 7 ans concernant la mort. Ce n'est qu'à l'adolescence que se constitue la personnalité et qu'apparaît la sensibilité douloureuse de la mort.

2/ Ensuite les événements sont là qui viennent faire connaître un jour ou l'autre à l'enfant les réalités à tout le moins extérieures de la mort, dans le voisinage ou dans sa propre famille.

3/ La société enfin intervient et d'abord précisément lors des deuils dont l'enfant est le témoin : la solennité des cérémonies frappe son esprit en même temps qu'il apprend tout le vocabulaire relatif à

la mort. Voyons avec quelle attention les gosses de Jeux Interdits suivent le cortège funèbre jusqu'au cimetière ! Avec quelle facilité ils joueront ensuite la scène !

Guy de Maupassant a fort bien décrit dans une petite nouvelle, En Famille, cette curiosité des enfants pour la mort et cette aptitude à l'imitation du rituel de deuil. Madame Caravan, la grand-mère vient de mourir. Sa bru après avoir accompli ses devoirs dans la chambre mortuaire, reçoit les voisins.

"Etant remontée dix minutes plus tard avec une fournée d'autres voisines après avoir de nouveau secoué le buis sur sa belle-mère, prié, larmoyé, accompli tous ses devoirs, elle retrouva ses deux enfants revenus ensemble derrière elle. Elle les talocha encore par conscience ; mais la fois suivante, elle n'y prit plus garde ; et à chaque retour des visiteurs, les deux mioches suivaient toujours, s'agenouillant ainsi dans un coin et répétant invariablement tout ce qu'ils voyaient faire à leur mère".... "Mais Marie-Louise et Philippe-Auguste étaient repartis vagabonder dans l'avenue. Ils furent bientôt entourés de camarades, de petites filles surtout, plus éveillées, flairant plus vite tous les mystères de la vie. Et elles interrogeaient comme les grandes personnes .... Comment c'est un mort ? Et Marie-Louise expliquait, racontait les bougies, le buis, la figure. Alors une grande curiosité s'éveilla chez tous les enfants et ils demandèrent aussi à monter chez la trépassée"... (La bru préparant la cérémonie funèbre, la morte était restée solitaire).

"Une fois dans la chambre la fillette, imitant sa mère, régla la cérémonie. Elle guida solennellement ses camarades, s'agenouilla, fit le signe de la croix, remua les lèvres, se releva, aspergea le lit, et pendant que les enfants en un tas serré, s'approchaient, effrayés, curieux et ravis, pour contempler le visage et les mains, elle se mit soudain à simuler des sanglots en se cachant les yeux dans son petit mouchoir. Puis, consolée brusquement en songeant à ceux qui attendaient devant la porte, elle entraîna en courant tout son monde pour ramener bientôt un autre groupe, puis un troisième.... A la longue elle se fatigua. Un autre jeu entraîna les enfants au loin...."

La société impose dans ces circonstances toute une pédagogie de la mort et de la sympathie tout comme elle enseignera à travers l'école la piété envers les morts. Mais c'est sans doute moins le défunt que l'ensemble des personnes endeuillées qui frappe l'attention de l'enfant et qui provoque chez lui un besoin de participation, plus encore d'imitation.

Qui irait au total nier l'intervention progressive de ce triple faisceau de facteurs internes, d'événements fortuits et de leçons ? Personne sans nul doute. Mais nous ne sommes pas pour autant réellement satisfaits. Faut-il en effet s'arrêter aux seules représentations verbales et conceptuelles de la mort que l'enfant ou l'adolescent saura nous

transmettre, alors que l'expérience clinique nous montre fréquemment combien sait être prégnante chez l'enfant de moins de six ans l'angoisse et la notion diffuse de mort.

B/ LE CARACTERE ORIGINEL DE L'ANGOISSE DE MORT.

Qu'il soit permis de faire état tout de suite d'une observation personnelle effectuée au Dispensaire d'Hygiène Sociale d'Epinay :

- Béatrice P..., 7 ans Q.I. 87, 91, 88

Béatrice est la première d'une fratrie de trois, enfant naturelle légitimée dès le mariage de sa mère mais à qui cependant on refuse tout éclaircissement quant à sa filiation. Peu de renseignements sont donnés concernant les images parentales, si ce n'est que la mère apparaît comme fallote et le père déterminé dans ses positions. Très précocément, Béatrice s'est montrée coléreuse, jalouse, opposante, manifestant par divers symptômes ses difficultés (encoprésie, offenda capitis). En période de crise, elle manifeste des idées de mort, des menaces qu'elle réalise sur ses poupées : c'est ainsi qu'elle les malmène, les sadise, allant jusqu'à les pendre pour les punir de faire pipi dans leurs culottes. Par un mécanisme d'identification projective, elle exprime sa peur d'aller au ciel en même temps qu'elle verbalise le fait que sa poupée soit au cimetière. Parallèlement elle se plaint de divers maux psycho-somatiques : céphalées, vertiges, rêve de catastrophe et en particulier que des loups mangent ses parents, la laissant alors dans un état de complet dénuement. Les fantasmes d'auto-destruction sont envahissant, paralysant tout le champ des activités mentales. Les tests projectifs mettent en évidence des pulsions de mort très mal contrôlées par des défenses archaïques inefficaces à base de pensée magique. On peut voir dans cette observation ou pourtant le passage à l'acte ne s'est produit qu'à travers personne inanimée, combien l'acte lui-même n'a pas grande signification quant à la gravité du cas.

Ceci nous a conduit à faire nôtre la perspective de M.Guillaumin s'inspirant tout à la fois de Heidegger "l'angoisse est le sentiment du rien ou du néant comme limitation de l'être" et de Madame Favez-Boutonnier pour qui l'angoisse est un vécu d'indécision et de conflit, d'A. Weber pour qui le sentiment de la mort chez l'enfant est inné et plus que dans les toutes premières angoisses, il a pu écrire ces lignes qui nous ont paru très éclairantes ;"il n'importe plus comme précédemment, pour qu'on puisse reconnaître à l'enfant l'expérience de la mort, que la conscience enfantine ait ou non visé contradictoirement en un même champ mental les affects, les représentations et les thèmes qui pour nous s'attachent à la mort ou à la vie. Il faut et il suffit, par contre que la conscience enfantine ait éprouvé à niveau existentiel l'incertitude et le conflit re-

lativement à l'être, ... et par là rencontré authentiquement l'angoisse en tant que mise en question de l'existence".

A quel moment précis cette rencontre avec l'angoisse se produit-elle ? Là est maintenant la question. Il semble que l'accord se soit maintenant réalisé entre des chercheurs de différentes écoles, pas seulement chez les analystes qui ont ouvert la voie, pour placer cette expérience de l'angoisse au moment où l'enfant commence à peine à prendre conscience de son existence. Or comment y parvient-il ? La plupart des auteurs qui se sont penchés sur les premiers stades de l'enfance, que ce soit Baldwin, Wallon, Piaget ou Freud ont conclu que la personnalisation psychologique prenait naissance dans l'affrontement du sujet avec le monde contraignant qui l'entoure et qui limite le jeu de ses instincts. Le mouvement dialectique de cet affrontement avec l'Umwelt fonde ainsi tout à la fois le Moi et le non-Moi. Découvrant la gêne et la frustration le nouveau-né acquiert la connaissance immédiate et primitive de la contingence spatiale et temporelle. Ici l'interprétation des analystes est assez convaincante. Autant les moments du sommeil et de replétion donnent à l'enfant un vécu infraconscient de toute puissance, autant la faim ou tout autre besoin le plongent dans un état de "mal-être", qu'il tente aussitôt de rejeter hors de lui pour retrouver son état antérieur. Il avait assimilé le bon état à lui-même, maintenant il s'efforce de nier la limitation de cet état, c'est-à-dire de sa personne par une différenciation extérieure, par l'"hallucination" de quelque chose qui va bientôt servir de support à l'objet. Mais ce rejet du mauvais état n'est pas longtemps efficace. Le besoin renaît en lui-même, Le Moi est envahi par le mauvais état, le Moi devient mauvais alors que l'environnement indifférencié qui paraissait d'abord hostile se révèle capable de rétablir le bien-être, quand vient le biberon ou la berceuse. A partir de ce moment l'enfant est porté à réabsorber la réalité extérieure, qu'il avait d'abord rejetée. Cette introjection devient un besoin pressant et l'objet ingéré, internalisé, tantôt bon, tantôt mauvais. L'ambivalence dont sont chargés le monde extérieur et, par son entremise, le Moi de l'enfant, est génératrice d'une angoisse irréductible. Il apparaît ainsi que le mouvement dialectique d'extériorisation et d'introjection qui préside fondamentalement à la genèse de la personnalité, est en même temps la source de cette angoisse primitive : le mauvais objet s'étant répandu dans le Moi, celui-ci ne peut durer dans cet état. C'est une impossibilité d'être, de persister, qui l'envahit. N'est-ce pas là une forme archaïque et pure de l'expérience de la mort, lors même que la notion de temps n'est pas encore acquise ?

C/ LE CHEMINEMENT DE L'ANGOISSE PRIMITIVE JUSQU'AU CONCEPT DE MORT.

A partir de cette expérience primitive de la mort, de cet Urerkenntnis du non-être, et à mesure que s'étendent et de développent les facultés cognitives de l'enfant, l'idée de mort va se préciser, bien lentement semble-t-il à première vue, puisqu'il faut attendre le cours de l'adolescence pour parvenir à une véritable conceptualisation de la mort. C'est la lenteur de cette progression qui devait inspirer à Wallon, à Heuyer et à Lebovici leur légitime tentative de périodisation. Mais, prenant le problème par un autre bout, ne peut-on pas plutôt s'étonner que l'apparition du concept de mort soit aussi tardive ? Ceci ne peut être imputé à un déficit logique, l'enfant acquiert auparavant un grand nombre de notions très abstraites. Bien mieux, celles-ci sont généralement acquises selon une progression assez semblable chez tous les enfants, que ce soient la notion du temps, d'espace, etc... alors que le moment de l'acquisition du concept de mort se révèle d'une déroutante variabilité. Et c'est celle-ci qui conduit à s'interroger sur la nature et l'ampleur des obstacles qui peuvent être dressés, tant par l'enfant soi-même que par les adultes pour repousser l'image et l'idée de la mort.

La défense primitive, la plus universelle et la plus efficace est la négation. D'ailleurs celle-ci, comme on sait, joue un rôle très important dans le développement intellectuel de l'enfant. Elle ne procède pas seulement de son incohérence logique initiale, mais du refus de laisser une relation gratifiante déboucher sur son contraire, sur la privation de l'objet et l'ingérence de l'état mauvais. Entre les moments où l'angoisse le saisit, l'enfant s'enferme dans une volonté d'insouciance, parce que son Moi a la possibilité de nier la réalité en lui opposant une production imaginaire. Anna Freud a suffisamment étudié les petits enfants pour pouvoir écrire : "leur intellect leur permet très bien de distinguer le fantasme de la réalité. Dans leur vie affective, cependant, le fait réel pénible se trouve déprécié et le fantasme qui lui est opposé est surinvesti de telle sorte qu'un plaisir imaginaire arrive à remplacer un déplaisir réel (le Moi et les mécanismes de défense). Pour chasser l'angoisse, l'enfant refuse de croire que la mort puisse l'atteindre, lui et l'entourage affectif dont il a besoin. Lorsqu'il se décide à l'admettre, c'est pour la considérer comme une maladie guérissable. Et s'il se pare de la sorte d'immortalité, s'il prend un tel soin à nier, c'est que grande est l'angoisse que ces artifices recouvrent.

Cette défense négatrice fondamentale fait place à un acte offensif de devancement du risque par lequel l'enfant s'identifie à l'agent agresseur et tente ainsi de démystifier la mort. Anna Freud l'a très bien montré.

L'enfant "casse cou" semble bien utiliser de tels moyens de défense. Ceci nous amènerait à réflechir sur le grand nombre d'accidents qui surviennent à l'enfant en bas âge, avant même que celui-ci ait pu élaborer des défenses plus complexes. En effet, en étudiant d'une manière plus précise l'environnement et le psychisme des jeunes "accidentés", il est apparu que cet événement en apparence fortuit était en réalité sous-tendu par une très forte anxiété. Celle-ci alimentée par les conflits intra-familiaux, se manifestait dans de nombreux autres domaines. Qu'à de telles défenses s'ajoutent des sentiments d'agressivité que ne peuvent manquer de faire naître de tels conflits et par un processus d'échange des rôles, le sujet se situant alors lui-même en dehors de la prise de la mort, devient celui qui magiquement peut donner la mort. De là la naissance de fantasmes destructeurs, et par le jeu dialectique agressivite-culpabilité se produit le retournement contre le Moi d'où les fantasmes d'auto-destruction. On voit ici à quel point peuvent être liés ces fantasmes et les conduites qui s'y rattachent : devancement du risque, destruction, auto-destruction. Et la clinique ne nous démentira pas qui nous enseigne combien toutes ces conduites s'intriquent chez le jeune enfant chaque fois que, au coeur d'une situation conflictuelle, il est summergé par l'angoisse.

A ces défenses chargées d'amortir l'angoisse de mort, défenses d'ailleurs d'autant plus archaïques et primitives que cette angoisse est massive viennent s'ajouter les interdits de l'adulte. L'histoire des civilisations reflète bien combien l'homme oppose de barrières à la conception d'une mort naturelle. Après s'être considéré comme immortel, l'homme a vécu la mort -action maléfique des mauvais esprits extérieurs à lui, enfin la mort introjective dormant en lui-même. Mais la fragilité de cette notion se reflète dans la fréquence avec laquelle dans le langage courant l'homme revient à des positions plus archaïques, tentant de situer la mort hors de lui, il dira par exemple "la route est une grande meurtrière. Les interdits concernant la mort malgré de telles défenses sont encore puissants et massifs, et ceci non seulement en ce qui concerne l'acte de mort mais

encore l'expression verbale de l'évocation de la mort. Alors que depuis quelques années les tabous se sont levés, en particulier en ce qui concerne la sexualité, il est toujours difficile de parler de la mort, ceci n'est permis que sous forme abstraite ou en s'entourant de périphrases et surtout on ne parle pas de la mort aux enfants : ils ne comprendraient pas la fureur que dépeint Colette à sa mère surprenant les jeux macabres de son fils illustre bien ceci :

"Il avait conservé, de la très petite enfance, cette aberration douce, cette paisible sauvagerie qui garde l'enfant tout jeune contre la peur de la mort et du sang. A treize ans, il ne faisait pas beaucoup de différence entre un vivant et un mort.

Pendant que mes jeux suscitaient devant moi, transparents et visibles, des personnages imaginés que je saluais, à qui je demandais des nouvelles de leurs proches, mon frère, inventant des morts, les traitait en toute cordialité, et les parait de son mieux, l'un coiffé d'une croix à branches de rayons, l'autre couché sur une ogive gothique, et celui-là couvert de la seule épitaphe qui louait sa vie terrestre ...

Un jour vint où le plancher râpeux du grenier ne suffit plus. Mon frère voulut, pour honorer ses blanches tombes, la terre molle et odorante, le gazon véridique, le lierre, le cyprès.... Dans le fond du jardin, derrière le bosquet de thuyas, il emménagea ses défunts aux noms sonores, dont la foule débordait la pelouse, semée de soucis et de petites couronnes de perles. Le diligent fossoyeur clignait son oeil d'artiste.

- Comme ça fait bien !

Au bout d'une semaine, ma mère passa par là, s'arrêta, saisie, regarda de tous ses yeux - un binocle, un face-à-main, des lunettes pour le lointain - cria d'horreur, en violant du pied toutes les sépultures....

- Cet enfant finira dans un cabanon ! C'est du délire, c'est du sadisme, c'est du vampirisme, c'est du sacrilège, c'est .... je ne sais même pas ce que c'est ! ...."

Cet interdit verbal est un reliquat d'une pensée magique et primitive qui accorde au verbe une puissance d'action : parler de la mort c'est s'arroger le droit de tuer avec toute la culpabilité que cela suppose, c'est aussi révéler la "mortalité" de l'homme. De sorte qu'il n'est permis de parler de la mort qu'en prenant toutes les réassurances nécessaires, en ne cessant d'avoir à l'esprit que les morts nous ont bien quittés, que nous sommes encore vivants.

Aux défenses de l'enfant, aux interdits de l'adulte viennent s'ajouter toutes les difficultés d'idéation et de verbalisation du jeune enfant. Il est évident que l'évolution de la notion de mort chez l'enfant est tributaire de celle du temps et d'espace, d'individualisation et qu'elle

exige l'acquisition d'un vocabulaire suffisant. Pour ne pas alourdir le texte, nous ne détaillerons pas cette partie de notre exposé, nous devons à la psychologie génétique une connaissance très exacte de ces phases qui incontestablement doivent être franchies pour que l'enfant puisse accéder à la notion de mort. Grossièrement nous ne pouvons affirmer que c'est au cours de la période de latence que l'enfant peut acquérir le concept de mort : en effet il a à cette époque passé la crise de "personnalisme" il peut appréhender aisément les notions de temps et d'espace et surtout la connaissance scolaire et l'accroissement des frottements sociaux favorisent la dissociation entre affect et concept ce qui évite l'irruption de l'angoisse. Ainsi l'enfant peut exprimer ce qui auparavant était non seulement inexprimable, mais encore recouvert de défenses infranchissables et d'interdits puissants.

Au terme de ce chapitre nous voyons combien ce concept dont on peut dire à l'extrême qu'il n'est jamais acquis a un cheminement très long et difficile puisque dépendant d'une maturation intellectuelle et affective et se heurtant sans cesse à des défenses et interdits. On conçoit dans ces conditions qu'il soit très difficile de situer l'apparition d'un tel concept, et encore plus de définir des stades chronologiquement bien précis, tant sont nombreux les aléas qui peuvent s'opposer à son élaboration. Il faut en effet que tous ces facteurs puissent s'intriquer d'une manière dialectiquement harmonieuse que l'enfant soit placé dans des conditions affectives satisfaisantes lui permettant d'évoluer. Faute de quoi, l'on a vu comme ce processus pouvait se vicier pour aboutir au maximum à l'élaboration de fantasmes et de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs. Par extension, on peut donc affirmer que les conduites qui font l'objet de cette étude sont l'aboutissement d'un défaut d'élaboration du concept de mort. A l'appui de cela la clinique nous a appris à reconnaître chez les enfants agressifs ou suicidaires tous les stigmates d'une grande immaturité affective. De même que l'adulte criminel ou auto-agressif est très souvent qualifié de sujet infantile (ceci est d'ailleurs corroboré par tous les questionnaires concernant la notion de mort qui ont pu être proposés aux malades ayant tenté de se suicider : les réponses se situant toujours à un niveau inférieur de celles du stade adulte).

Au terme de ce long chapitre, il apparaît clairement que les conduites suicidaires des jeunes enfants doivent être étudiées dans cette perspective, ce qui en fait l'originalité étant le stade précoce auquel cela survient.

B/ LE SUICIDE DE L'ENFANT.

1 - LA DIFFICULTE D'APPREHENSION DU PHENOMENE

On peut tenter à la rigueur d'analyser ce que l'adulte pense du suicide en général. Encore a-t-on vu la grande ambiguïté dont s'entourait cette notion. Mais il s'avère infiniment plus difficile de lui faire préciser ce qu'il pense du suicide de l'enfant. On se trouve en effet en présence d'un triple blocage, celui afférant à l'auto-destruction en général, celui qu'opère l'évocation de toute mort d'enfant, celui qu'effectue enfin l'idée même que l'adulte se fait de l'enfance et dont il a été dit qu'elle n'était pas exempte, elle non plus, d'ambiguïté. Le suicide de l'adulte, voire celui de l'adolescent est accepté ; celui de l'enfant ne l'est pas.

La famille, pour peu qu'elle en ait la possibilité, transforme le tragique événement en accident. Les analyses cliniques et statistiques le montreront aisément. Le public pourtant généralement avide s'impose la discrétion. Un drame récent, le suicide d'un élève de dix ans, et l'écho que lui firent par exception un hebdomadaire et un quotidien, incitèrent Pierre Drouin, dans le Monde du 22 Janvier 1972, à s'interroger sur ce dernier fait dans un billet de haute tenue : "Faut-il tout dire ?" La question y est assez bien posée pour devoir être citée très amplement :

"Un enfant est mort. Il avait dix ans. Fallait-il dire qu'il avait choisi sa mort en s'emparant du revolver de son père d'adoption ? Fallait-il dire .... qu'il n'avait pas eu le courage de "faire signer par ses parents" un mauvais bulletin, qu'il avait maladroitement imité cette griffe, puis confondu par "Monsieur le Directeur", qu'il avait choisi le suicide plutôt que l'aveu à ceux qu'il aimait ? "

"Un hebdomadaire, il y a une dizaine de jours, un quotidien aujourd'hui, racontent tout cela par le menu. Nous n'avions pas cru devoir le faire. Non pas tellement parce que le législateur interdit la publication de tout texte ou toute illustration concernant le suicide des mineurs de dix-huit ans... Mais peut-on légitimement estimer que les raisons du suicide, et surtout celui d'un jeune, sont infiniment complexes ? Isoler une cause, n'est-ce pas trahir une vérité multiforme où doit entrer - et ô combien ! - l'idiosyncrasie de la victime, son histoire familiale, si courte fût-elle, etc..." En outre, les psychologues n'ont-ils

pas mis en garde, à juste titre, contre la publicité de tels actes qui, dans un milieu où fleurissent le rêve et l'exaltation, peuvent avoir valeur "d'exemple" et gagner par contagion ?"

La seule évocation du suicide infantile qu'accepte le public est celle que propose la littérature en raison de la distanciation qu'elle opère. Encore doit-on remarquer que les drames d'enfants évoqués dans "Poil de Carotte" ou dans le "Sagouin", la tentative manquée du "Petit Chose" ou tous les autres cas rappelés par le Professeur Duché dans son étude, qu'aucun de ces actes précoces n'a eu droit au retentissement littéraire des gestes tragiques qu'impose à Roméo et Juliette, à Ophélie comme à Werther, à Hermione comme à Oreste, à Phèdre enfin, l'amour, l'amour impossible mais par ce geste magnifié, pour ne pas parler d'autres cas, tout aussi tragiques, ceux de Madame Bovary ou de Tchen par exemple.

Si l'adulte est donc très réservé sur ce thème du suicide infantile, comment l'enfant pourrait-il en parler ? Ses parents ont éloigné le plus possible de lui l'image de la mort. Comment pourraient-ils évoquer devant lui l'auto-destruction ? Ensuite, nul ne se permettrait d'enquêter auprès des enfants à ce sujet. Le risque de contagion de l'idée de suicide est une réalité. L'enfant enfin ne parviendrait pas à préciser aisément ce qu'il peut penser du suicide. Plus souvent qu'on ne le croit, il en lance la menace. Quelle réalité se cache derrière ce défi ? Trop souvent répété, il ne lui est plus prêté attention. Et puis un jour, brusquement, sur un prétexte futile, c'est le passage à l'acte ...

En d'autres termes, nous ne pouvons espérer recueillir quelque information que du témoignage de "suicidants" qu'une tentative a conduit à fréquenter les services hospitaliers spécialisés.

2 - LES CONDUITES SUICIDAIRES INFANTILES DANS LA LITTÉRATURE

Avant d'en venir à l'examen clinique des conduites suicidaires, il reste encore l'espoir de trouver dans la littérature quelques lumières à leur sujet. Sans doute est-elle l'oeuvre d'adulte. Mais il a été donné de remarquer que la biographie de certains auteurs invitait à considérer certains récits comme des réminiscences d'expériences ou tout au moins de préoccupations personnellement vécues dans l'enfance. Le tout encore une fois revu par l'adulte certes. Mais malgré cela, certaines évications paraissent avoir valeur d'enseignement.

Nous avons de ce fait choisi d'évoquer d'abord la personnalité et l'oeuvre de Charles Dickens, même si nous ne trouvons pas là de véritables suicides. Mais la mort plane sans cesse autour des enfants ; elle leur est familière ; ils jouent souvent avec elle.

A travers Oliver Twist, orphelin, frêle et vulnérable, Dickens revit son propre passé, puisque la faillite de son père, par trop léger et emprisonné plusieurs fois pour dettes, l'oblige à débarquer à Londres à l'âge de 12 ans, à s'embaucher dans une fabrique de cirage et à connaître l'épuisement et de multiples privations. Au demeurant, le roman en question n'est que l'un des multiples écrits que Dickens - il est alors âgé de 25 ans - doit livrer presque simultanément en vertu de contrats peu rémunérateurs. Garantie pour nous d'authenticité des épanchements de l'auteur.

Antoine Blondin résume ainsi qui est Oliver Twist : un enfant fragile qui ne demande rien à un destin dont il n'est pas le maître, sinon d'abréger "ses jours désenchantés". Mais lisons le roman : son père est inconnu, sa mère meure en lui donnant naissance et l'on pense qu'il ne survivra pas. Il devient "enfant paroissial", peu enviable condition faite de différents placements dont l'un chez un entrepreneur de pompes funèbres "il ferait un charmant petit croque-mort... Il ne servirait que pour la clientèle enfantine..." Aussitôt fait. Il est en butte en même temps aux persécutions de Noé, soutenu par la maîtresse de maison. Car "il n'était pas un enfant de rencontre, lui..." Alors, Oliver souhaita, tandis qu'il se glissait dans son lit étroit, que ce fût son cercueil et qu'il pût être couché pour un calme et durable repos dans le cimetière, où l'herbe haute ondulerait doucement au-dessus de sa tête..." (p.49) Même désir du sommeil perpétuel un peu plus loin : "Qui donc voudrait, si telle était la mort, se voir de nouveau éveillé à toutes les luttes et à toute l'agitation de la vie ? " Voici que Dick, un autre enfant paroissial, ancien compagnon de placement, va mourir : "j'aimerais laisser un message d'affection au pauvre Oliver Twist ... lui dire ... que j'ai été content de mourir étant encore très jeune, parce que peut-être que si j'avais vécu assez pour devenir homme et vieux, ma petite soeur qui est au ciel aurait pu m'oublier ou ne plus me ressembler, et nous serions tellement plus heureux, si nous étions enfants tous deux là-haut, ensemble". (p.153)

Tombé dans les mains du sinistre Fagin et enfermé en attendant qu'il fasse un bon voleur, Oliver feuillette un recueil de vies et de pro-

cès de grands criminels. "Les pages jaunies parurent à Oliver toutes rouges du sang versé, et les mots qui y étaient imprimés se répercutaient à son oreille comme un sourd murmure issu de l'esprit des morts". (p. 179) Sikes entraîne l'enfant dans la nuit pour effectuer un cambriolage : "les feuilles du vieil arbre se balançaient doucement dans la brise nocturne. On eût dit une douce musique dédiée au repos des morts".(p.190)"Oliver tomba dans un pesant assoupissement, il se voyait déjà suivant le chemin ténébreux errant dans le sombre cimetière..."(p.194). C'était "une de ces nuits où le malheureux sans-logis affamé s'étend pour mourir". La marche reprend, la tentative de cambriolage est déjouée, Oliver, blessé, est abandonné sans connaissance dans le fossé. Dans l'intervalle du récit se glisse cette remarque (p.207) : "il arrive bien souvent aux visages des morts, même dans leur état de rigidité définitive, de revenir à cette expression de l'enfance endormie, oubliée de longue date". Mais rejoignons le héros "Oliver poussé par une nausée grandissante qui, semblait l'avertir que s'il restait couché là, il mourrait à coup sûr, se mit sur ses pieds et essaya de marcher (p. 243). L'enfant, bien que suspecté du vol est recueilli : "le crime comme la mort n'est pas réservé à la vieillesse et à la décrépitude. Les plus jeunes et les plus beaux sont trop souvent ses victimes préférées" dit le médecin. Mais la jeune fille, compatissante : "Pensez à sa jeunesse : pensez qu'il a pu ne jamais connaître l'amour d'une mère..." et de méditer : si nous entendions, fut-ce un instant, en imagination, la déposition profonde de la voix des morts ... qu'adviendrait-il des torts et de l'injustice ..."Oliver en tout état de cause se repose". "Il se sentait calme et heureux et serait mort sans un murmure" (p. 258).

Madame Maylie et Rose emmènent le convalescent à la campagne "qui pourrait dire combien pareilles scènes de paix et de tranquillité imprègnent les esprits douloureux de ceux qui habitent des endroits renfermés et bruyants ...? Ces hommes là, quand la main de la mort s'appesantissait sur eux, on les a vu soupirer enfin, après avoir eu une échappée, si courte fût-elle, sur le visage de la nature... Les souvenirs qu'évoquent les paisibles scènes champêtres ne sont pas de ce monde... Leur douce influence peut nous enseigner à tresser des guirlandes pour les tombes ... mais au fond de tout cela demeure ... la conscience vague, à demi-formée, d'avoir déjà ressenti des impressions semblables,

longtemps auparavant, à une époque fort lointaine..."Oliver se promène donc dans la campagne, "en songeant à la misérable tombe où reposait sa mère... Ce fut un temps heureux". (p.279)

Mais bientôt voici que Rose tombe malade. "La belle jeune fille dépérissait rapidement. Oliver se glissa dans le vieux cimetière et là, assis sur un des tertres verdoyants, il pleura et pria pour elle ... Il alla presque jusqu'à se dire que les linceuls n'étaient que pour les vieillards flétris, qu'ils n'ensevelissaient jamais de leurs plis affreux des formes jeunes et gracieuses. Le glas sonnant de l'église interrompit rudement ces réflexions juvéniles. Encore et encore ! ... Un cortège d'humbles personnes en deuil... portaient des rubans blancs, car le corps était celui d'un enfant. "Oliver retourne alors vers la maison et pense à Rose en danger". Il n'avait aucune négligence, aucune insouciance à se reprocher à son égard... Et pourtant cent petites occasions se présentaient à son esprit, dans lesquelles il s'imaginait qu'il aurait pu montrer plus de zèle, plus d'ardeur..." (p. 290)

Mais abrégeons. Rose sera sauvée. Et rappelons seulement que le roman s'achève par l'évocation d'une plaque de marbre blanc près de l'autel de la vieille église...

De David Copperfield, "l'enfant chéri" de Dickens, nous ne dirons seulement que l'enfant y est aussi un orphelin, marquant beaucoup de passion pour la tombe, qu'il voit en rêve Abraham sacrifier Isaac (p. 51) et qu'il joue au bord de l'eau avec Emily, lors même que celle-ci vient de rappeler à David que son père, pêcheur, est mort noyé. "Mais bien souvent depuis lors, je me suis demandé : n'est-il pas possible, que dans cette brusque témérité de l'enfant, dans son regard si lointain et égaré, se soit reflété, par l'effet de la grâce divine, l'attirance du danger, ou l'appel du père mort autorisant cette tentation qui la poussait vers lui, afin que sa vie put avoir la chance de se terminer ce jour-là ? ..."

Si une aussi grande place a été faite à Charles Dickens, c'est d'abord, comme on a pu le constater, que la mort est obsédante, et que certaines notations ont paru d'une grande pénétration. C'est ensuite que le texte ne reflète pas seulement l'état d'esprit d'un individu, d'un jeune auteur marqué lui-même par une enfance malheureuse, mais en fait toute une époque.

Nous choisirons maintenant de relire une oeuvre dont tout élément autobiographique semble à peu près exclu, mais où, en revanche, il est fait état d'un suicide infantile terrible, réussi et dramatique. Le cas de Guillou peint par Mauriac dans "Le Sagouin" illustre bien la manière dont l'enfant peut se trouver acculer au suicide. Haï par sa mère qui voit en lui tous les traits détestables de son mari, trahi par l'instituteur en qui il a mis ses derniers espoirs, Guillou se prépare à mourir. Une dernière promenade le mène comme à l'accoutumée au cimetière où, assis sur une pierre tombale, il médite. L'idée que M. Bordas ne veut plus s'occuper de lui, que personne d'autre ne le voudra, que tous les soirs seront comme avant sans espoir, flotte dans son esprit au même rythme que le Ciron qu'il entend chanter au loin. "Les enfants morts deviennent pareils à des anges et leur face est pure et resplendit" il songe alors une dernière fois à ce qu'il est aux yeux de sa mère : "vilain, sale, bête", contourne la tombe de Cernès et prend le sentier en pente raide qui descend vers le Ciron. Le père lui emboîte le pas "ce n'est plus le roi des Aulnes qui poursuit le fils dans une dernière chevauchée, mais l'enfant lui-même qui entraîne le père découronné et insulté vers l'eau endormie de l'écluse.... ils vont dormir".

Il fut admis que Galéas s'était jeté à l'eau pour sauver son fils, que le petit s'était accroché à son cou et l'avait entraîné... Si quelqu'un hochait la tête et disait "pour moi les choses n'ont pas dû se passer comme ça".... Il n'arrivait pas à imaginer ce qui avait pu être". L'incapacité de l'adulte a pouvoir concevoir le suicide d'un jeune enfant se trouve là admirablement résumée.

----*----*----

2ème PARTIE : ANALYSE CLINIQUE DES CONDUITES SUICIDAIRES

Chapitre 1 - Présentation de l'échantillon

A/ La dimension personnelle du suicidaire.

B/ La dimension sociale.

C/ Le nombre de tentatives de suicide.

D/ Les techniques employées lors des tentatives.

Chapitre 2 - Les modalités spécifiques du passage à l'acte

A/ La sidération des fonctions vitales.

B/ L'attaque de l'intégrité corporelle.

C/ Les actions dangereuses.

1 - le jeu.

2 - les accidents

3 - les actes disproportionnés

D/ Les actes suicidaires francs.

Chapitre 3 - Les fonctions du suicide infantile

Les fonctions du suicide

A/ Les fonctions représentant la tendance de mort.

1 - recherche de sa propre mort en tant que désir d'auto-punition

2 - recherche de la mort ou de l'agression d'autrui

B/ Les fonctions représentant la tendance de vie.

1 - la fuite (dépression réactionnelle)

2 - l'appel (revendication affective)

3 - le besoin de rejoindre (imitation)

Chapitre 4 - Le contexte psychologique

A/ Le suicide de l'enfant paraît différent de celui de l'adolescent.

B/ Un vécu difficile fourrier du déséquilibre psychique.

C/ La rareté des affections psychiatriques déterminées.

*

* *

CHAPITRE PREMIER : PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

L'étude clinique a donc porté sur 103 cas. L'échantillon constitué comprend :

- toutes les observations de la Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile de la Salpétrière, sur une période s'échelonnant de 1948 à 1972 ;

- Quelques observations antérieures à cette période, du même service, retrouvées dans les archives du Professeur Heuyer ;

- tous les cas observés dans le Service du Professeur Lajouanine au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (94) en douze ans ;

- tous les cas suivis dans trois dispensaires d'Hygiène Mentale de la banlieue parisienne en dix ans.

Nous n'avons aucun moyen d'évaluer la représentativité de l'échantillon ; 103 cas, c'est fort peu pour une démarche statistique. Pourtant, il ne doit pas être perdu de vue que le suicide infantile n'a tout de même pas une "clientèle" très étendue, et que la mortalité qui lui est imputée comporte en dix ans, pour l'ensemble de la France, 153 cas, dont il sera fait état dans "Le Fait Suicidaire". Dans ces conditions, l'échantillon constitué devrait apparaître comme assez cohérent, dans la mesure où il comporte la collection complète réunie par un grand service parisien sur une longue période.

Quoiqu'il en soit, notre intention n'est pas de donner un développement excessif à l'examen statistique. Nous attacherons beaucoup plus de prix à l'évocation détaillée des différents cas, à mesure qu'ils viendront illustrer ce qui paraît devoir être dégagé quant aux modalités spécifiques, aux fonctions ainsi qu'au contexte psychologique des conduites suicidaires. Il n'en reste pas moins qu'un dénombrement s'impose, qui doit porter sur quatre dimensions :

- La dimension personnelle du sujet : sexe, âge, quotient intellectuel, etc...

- la dimension sociale : la place dans la fratrie, le milieu familial et l'hérédité.

- le nombre de tentatives de suicide.

- les techniques employées lors de ces tentatives.

A/ LA DIMENSION PERSONNELLE DU SUICIDANT

Les 103 cas se composent de 74 garçons et de 29 filles. Celles-ci représentent donc 28,1 % de l'échantillon. L'occasion s'offre d'indiquer qu'aux pourcentages, nous préférons le rapport du nombre de filles à 100 garçons, dénommé sex ratio. Ce taux correspond bien à ce qui a pu être observé par ailleurs. Les filles sont toujours moins concernées que les garçons à l'âge infantile.

L'âge des enfants va de 5 ans pour le plus jeune (Emmanuel A... à 12 ans, puisque nous nous étions imposé de limiter aux enfants prépubères notre enquête. Phénomène attendu, le nombre de cas croît régulièrement pour l'ensemble des deux sexes, et pour les garçons, qui ont le plus de poids dans l'échantillon. La répartition des filles par âge est différente, et donne du même coup à la sex ratio une distribution avec l'âge assez peu significative. On peut dire seulement que seuls les garçons donnent les cas tout à fait précoces. Les filles n'entrent en scène qu'après 7 ans mais n'augmentent plus avant 12 ans. Les garçons semblent ne connaître qu'un court répit vers 7/8 ans et leur nombre fait un bond avec la 9ième année.

Age	TOTAL	Garçons	Filles	Sex ratio
12 ans	25	17	8	47
11 ans	22	18	4	22
10 ans	19	15	4	26
9 ans	18	13	5	38
8 ans	7	3	4	
7 ans	8	4	4	72
6 ans	4	4	-	
Total	103	74	29	39

La distribution statistique des quotients intellectuels, pris isolément, ne saurait être en soi très éclairante. Mais son caractère banal a l'avantage d'apporter des assurances sur le caractère normal et assez représentatif de l'échantillon. Elle est chez les garçons conforme à une courbe de Gauss dont le mode s'établirait un peu au-dessous de 100, elle est bimodale chez les filles. La tentative chez des enfants bien doués semble être le cas des seuls garçons.

Q.I.	Total	120	105-120	100	85-100	85
Garçons	74	11	11	20	19	13
Filles	29	1	9	6	8	5
en % : Garçons	100	13,6%	14,9%	27,0%	25,5%	18,9%
Filles	100	3,4%	31,0%	20,6%	27,6%	17,4%

Mais il nous semble qu'à l'examen successif d'éléments isolés, il faut préférer autant que possible l'appréhension simultanée de plusieurs dimensions d'un même individu à l'aide de tableaux à plusieurs entrées et de graphiques.

Le croisement de l'âge, du sexe et du quotient intellectuel ne livre pas d'emblée des conclusions d'interprétation facile, puisqu'on semble lire des tendances contradictoires selon que l'on observe garçons et filles. (Tableau 1.) On peut tenter de maîtriser ces chiffres nombreux par un indice de supériorité intellectuelle chez les enfants de chaque tranche d'âge : combien d'enfants au Q.I. égal ou supérieur à 100 pour 100 enfants moins doués, dotés d'un Q.I. inférieur. Il apparaît alors que chez les filles, la tentative précoce serait plutôt l'affaire des moins favorisées. L'indice se relèverait avec l'âge, contrairement à ce qui se passe chez les garçons. Mais il est vrai que le calcul porte sur des chiffres très faibles, pour les filles notamment. Si l'on prend l'ensemble des enfants de 10 ans et moins, des deux sexes, on relève 33 Q.I. de 100 et plus contre 23 Q.I. inférieurs : l'indice est de 143. Chez les plus âgés, de 11 et 12 ans, on compte 24 contre 23 cas : l'indice n'est plus qu'à 104, marquant par là une composition plus équilibrée. Un graphique où Q.I. d'une part, âge en ans et en mois d'autre part sont portés avec précision, confirme et affine la conclusion : les cas précoces, avant 9 ans, sont peu nombreux, mais il s'agit en règle générale

TABLEAU 1.

Nombre d'enfants par sexe, âge et quotient intellectuel

Q.I.	Garçons					Filles				
	Total	- de 9	10	11	12	Total	- de 9	10	11	12
⩾120	10	4	2	1	3	1	-	-	-	1
105-120	11	3	2	2	4	9	2	2	1	4
100	20	8	5	4	3	6	3	2	1	-
85-100	19	4	5	7	3	8	5	-	1	2
⩽85	14	5	1	4	4	5	3	-	1	1
TOTAL	74	24	15	18	17	29	13	4	4	8
I.S.	124	167	150	64	143	123	62	100	100	166

I.S. = Indice de supériorité : Nombre de Q.I. de 100 et plus pour 100 cas inférieurs à 100.

TABLEAU 2.

Nombre d'enfants (E) et de tentatives de suicides (TS) selon le nombre effectué par chacun.

Nombre de TS	Ensemble		Garçons		Filles	
	E	TS	E	TS	E	TS
4 TS et plus	2	10	1	6	1	4
3 TS	9	27	8	24	1	3
2 TS	18	36	14	28	4	8
TS Unique	74	74	51	51	23	23
TOTAL	103	147	74	109	29	38

TABLEAU 3.

Nombre d'enfants et de TS par type de récidive

Récidives	Ensemble		Garçons		Filles	
	E	TS	E	TS	E	TS
Récidives monotones	10	27	6	18	4	9
Récidives variées	19	46	17	40	2	6
TOTAL	29	73	23	58	6	15

d'enfants supérieurs à la moyenne, surtout des garçons. Avec le temps, l'échantillon se renforce rapidement en même temps que sa composition se rapproche davantage de celle de la population moyenne.

B/ LA DIMENSION SOCIALE

Le temps a malheureusement manqué pour étendre à l'ensemble de l'échantillon progressivement constitué, les méthodes d'analyse employées lors de pointages effectués alors qu'il ne comportait encore que 53 puis 65 cas. Le travail est également compliqué par le fait qu'il n'est pas possible de trouver dans chaque dossier une réponse à toutes les questions. Quelques vues d'ensemble peuvent cependant être dégagées.

La dimension de la famille et la place dans la fratrie attirent d'abord l'attention : on note la sur-représentation des enfants de familles nombreuses (7 sur 53 ont six enfants et plus), mais les enfants uniques ne sont pas absents pour autant (1 pour 5). A l'examen de ce sondage partiel, on s'arrêtera à une formulation interrogative : quand il y a deux ou trois enfants, ne serait-ce pas l'aîné qui est plus souvent concerné ? Inversement, dans les familles nombreuses, la conduite suicidaire n'affecterait-elle pas davantage les derniers ?

La famille au demeurant est souvent incomplète et dissociée. On dénombre dans 53 familles sept pères et trois mères décédés, six mères divorcées puis remariées, de nombreux cas de concubinage.

Un graphique où figurent le quotient intellectuel du suicidant et le rang dans la fratrie, permet de reconnaître plusieurs groupes de cas dont on peut ensuite rechercher les particularités en d'autres domaines. Un premier groupe est constitué d'enfants uniques ou n'ayant qu'un frère (ou soeur, est-il sous-entendu) et caractérisé par un bon Q.I. Il s'agit de familles dont la composition socio-professionnelle est plutôt au-dessus de la moyenne : ouvriers professionnels, cadres moyens. A l'opposé, les cas ressortissant à des familles de plus de quatre enfants ont une gamme de Q.I. plus ouverte, mais au total moins favorable. La profession est celle d'ouvriers agricoles, d'ouvriers

spécialisés, la mère, bien que chargée d'enfants, est souvent ouvrière ou employée de maison.

Le climat familial enfin est considérablement alourdi par l'hérédité : sur 53, trente quatre familles présentent au moins une tare : 20 pères et 21 mères sont concernés, avec 11 éthyliques chez les premiers, 12 dépressives chez les secondes. On comprend dans ces conditions la fréquence des antécédents personnels dont souffrent les 53 enfants objets de ce pointage : 28 troubles caractériels, 24 cas d'angoisse, 22 rivalités de fratrie, 22 déficits psycho-moteurs, 18 syndromes dépressifs, 13 énurésies, 11 fugues, etc...

C/ LE NOMBRE DE TENTATIVES DE SUICIDE.

Le nombre de tentatives nous ramène à l'échantillon complet. Sur 103 enfants, 74 n'ont fait - jusqu'à ce jour ou jusqu'à l'établissement du dossier - qu'une seule tentative de suicide : 51 garçons et 23 filles. 29 enfants au contraire ont fait plusieurs essais, au total 73, soit en moyenne 2,5 par récidiviste. Parmi eux, on relève 10 enfants pratiquant la récidive monotone, c'est-à-dire utilisant toujours le même procédé (ils cumulent 27 essais) et 19 enfants aux récidives variées, avec 46 tentatives. Si bien qu'au total, les 103 enfants se trouvent en réunir 147.

Trois enfants - trois garçons, c'est à noter - ont tenu à associer plusieurs procédés en une seule fois, comme pour mieux réussir. Ils ont connu l'échec mais ils n'ont pas fait ensuite de récidive. Les différents modes associés ne seront pas reportés dans les catégories correspondantes. Ces trois tentatives ont compté avec les divers.

L'examen du nombre de tentatives effectuées présente un intérêt certain. Il s'élève bien sûr avec l'âge. Il oppose garçons et filles. La récidive est plus fréquente chez les garçons : 74 avec 109 essais font en moyenne 1,49 ; 29 filles avec 38 essais font 1,31 tentative. Mise en rapport avec le quotient intellectuel, la récidive a la particularité, bien établie et de façon parallèle pour les deux sexes,

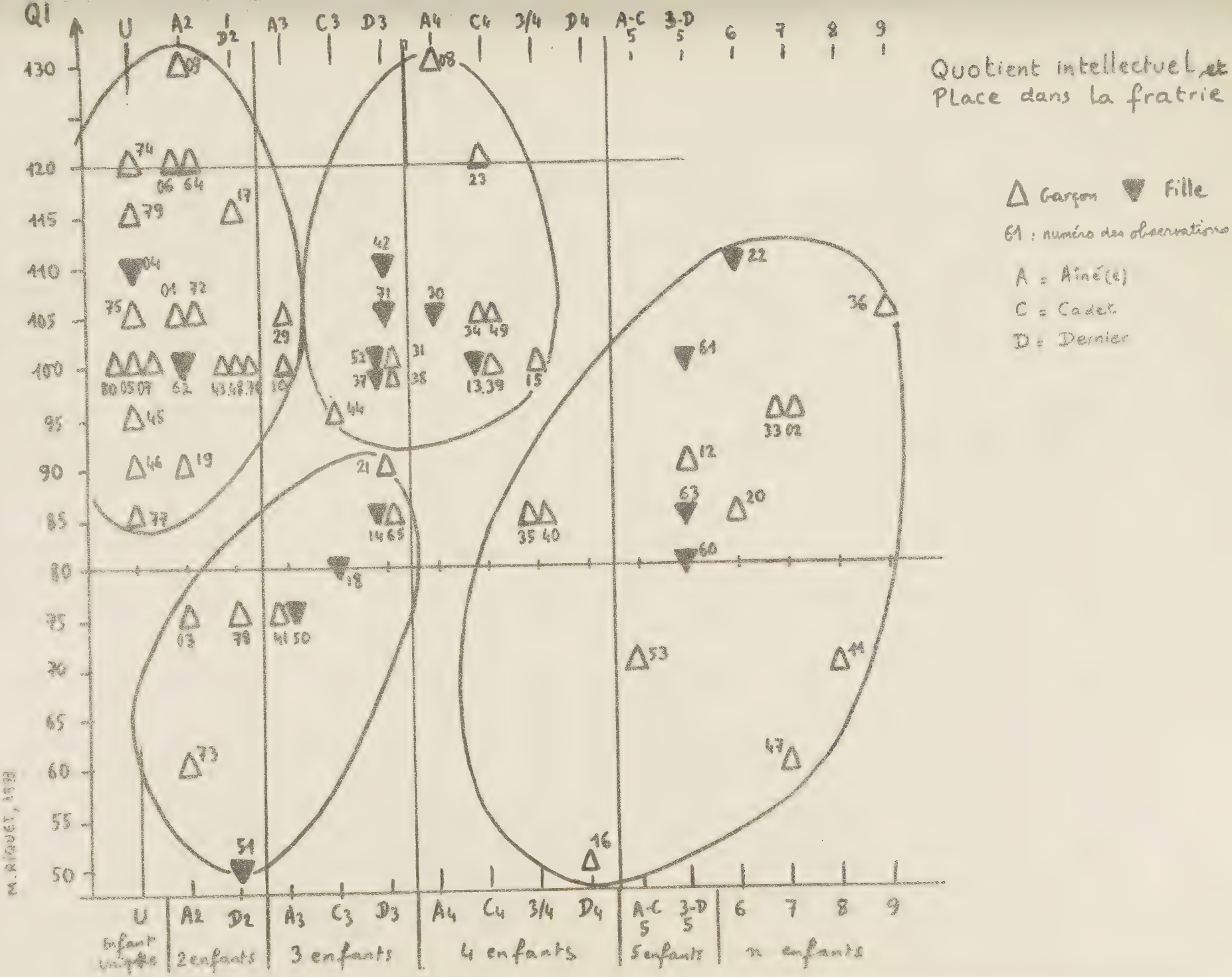

Quotient intellectuel et Place dans la fratrie
Δ Garçon ▼ Fille
61 : numéro des observations
A : Aîné(e)
C : Cadet
D : Dernier
QI
U A2 D2 A3 C3 D3 A4 C4 3/4 D4 A-C 5 3-D 5 6 7 8 9
130 120 115 110 105 100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50
U enfant unique
A2 D2 2 enfants
A3 C3 D3 3 enfants
A4 C4 3/4 D4 4 enfants
A-C 5 3-D 5 5 enfants
6 7 8 9 n enfants
M. RIQUET, 1978

TABLEAU 4.

Nombre de tentatives (TS) par type séquentiel et par sexe et quotient intellectuel de l'enfant :

Q.I.	GARCONS				FILLES			
	Total	T.U.	R.M.	R.V.	Total	T.U.	R.M.	R.V.
⩾ 120	18	7	11	-	2	-	2	-
105-120	14	9	-	5	9	9	-	-
100	28	15	3	10	9	5	-	4
85-100	26	13	-	13	9	7	-	2
< 85	25	7	4	12	9	2	7	-
TOTAL	109	51	18	40	38	23	9	6

T.U. = Tentative unique R.M. = Ensemble des TS cumulées par récidives monotones.

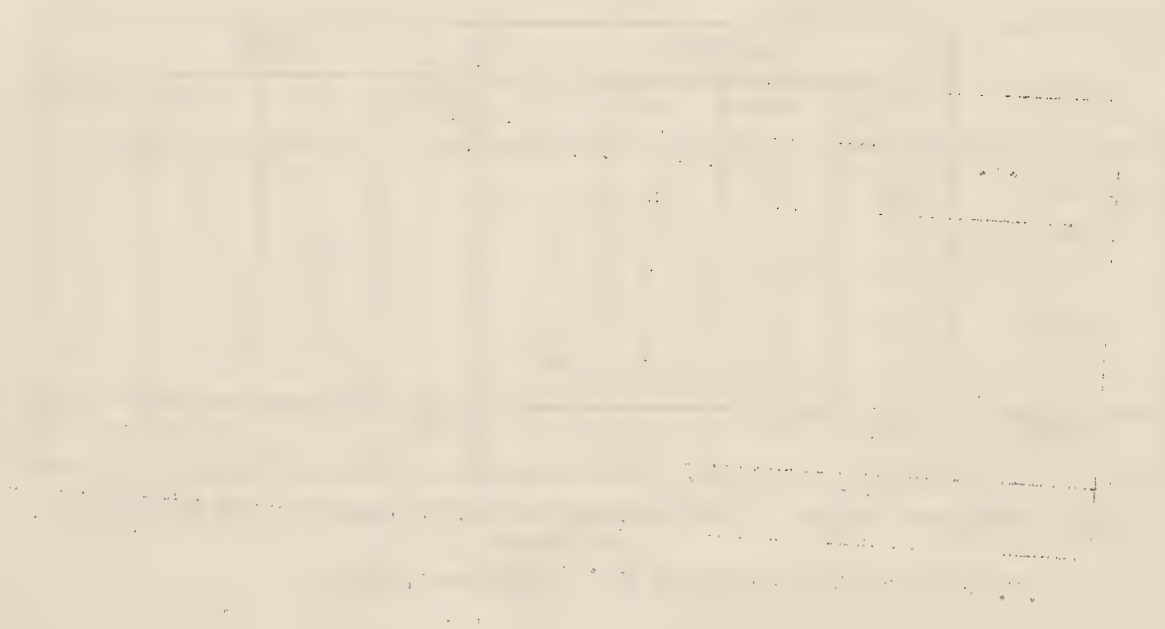
R.V. = Ensemble des T.S cumulées par récidives variées.

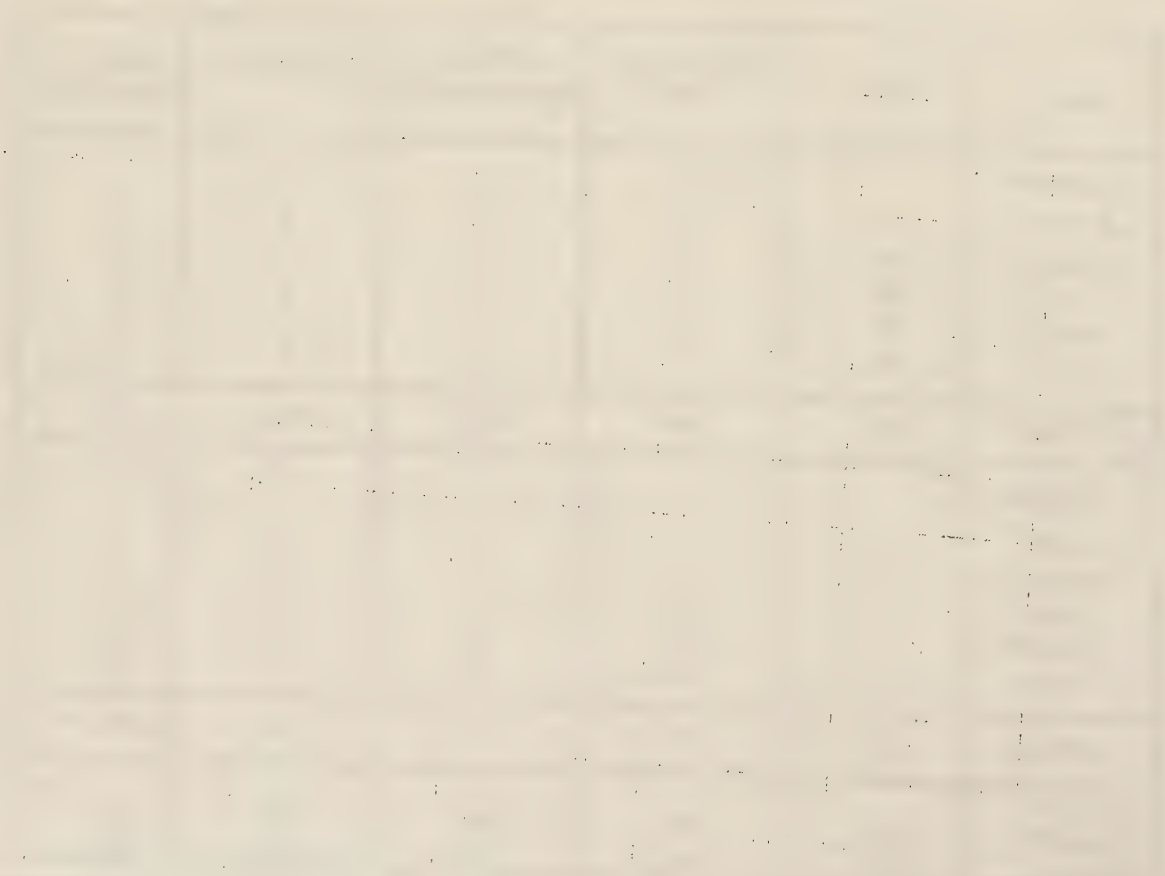
TABLEAU 5.

Nombre de tentatives par procédés regroupés et par sexe et quotient intellectuel de l'enfant :

Q.I.	TOTAL	Défenestration	Atteinte respiratoire	Intoxication	Autres procédés
GARCONS					
⩾ 120	18	4	3	9	2
105-120	14	4	2	4	4
100	28	7	12	4	5
85-100	26	8	3	7	8
< 85	23	11	2	2	8
TOTAL	109	34	22	16	27
FILLES					
⩾ 120	2	-	-	2	-
105-120	9	3	1	4	1
100	9	1	1	2	5
85-100	9	2	1	3	3
< 85	9	4	2	1	2
TOTAL	38	10	5	12	11
I.S.					
Garcons	122	79	340	189	69
Filles	111	66,6	66,6	200	120

I.S. = Indice de supériorité : Q.I. de 100 et plus pour 100 Q.I. inférieurs.





de concerner les extrêmes : les enfants atteints de débilité (moins de 85) d'une part, les enfants doués de plus de 120, d'autre part, qui font qu quelque soit le sexe, 1,8 essai, tandis que la moyenne est la plus basse pour les deux sexes au niveau 100-120.

C'est une distribution assez voisine qui s'observe dans la distinction récidive monotone/récidive hétérogène : la première paraît dans une certaine mesure correspondre à l'idée fixe des plus doués (mais n'oublions pas qu'ils sont jeunes) d'une part, des moins favorisés d'autre part.

D/ LES TECHNIQUES EMPLOYEES LORS DES TENTATIVES

Les 147 tentatives que cumulent les 103 enfants des deux sexes comportent en premier lieu un moyen brutal et qui peut être un geste impulsif, la défenestration : 44 essais. Le second est l'intoxication avec 38 cas : il s'agit essentiellement de médicaments. Strangulation et pendaison totalisent 19 cas, la phlébotomie 15 et les divers 17, qui comprennent notamment 8 précipitations sous des automobiles.

Les procédés différents selon le sexe : le rang des diverses techniques comme la sex ratio le montrent bien. Les procédés les plus exclusivement masculins sont la pendaison (la sex ratio n'est que de 12,5 filles pour 100 garçons), la phlébotomie (15,4) et la défenestration (29,4). Les procédés plus volontiers féminins sont la précipitation sous une voiture (60 %), le gaz (50 %), l'intoxication (46) et la strangulation (43), alors que la sex ratio s'établit pour l'ensemble à 34,8 %. On fera les rapprochements défenestration-précipitation et pendaison-strangulation. On relèvera enfin que les tentatives de noyade sont peu nombreuses, de même que l'emploi du gaz.

Intervient sans doute le jeune âge où le moindre accès à des procédés au contraire répandus chez les adolescents et les adultes. La méthode la plus commode pour s'en assurer est de ne retenir que les garçons, pour éviter la distorsion introduite par la différence de sexe, et d'observer les tentatives des plus jeunes d'un côté, celles des plus âgés de l'autre.

Les 11 garçons de moins de neuf ans ont fait 15 tentatives (soit 1,36 en moyenne) : 5 d'entre elles sont des défenestrations, 4 des strangulations ; 2 noyades, 3 divers, 1 phlébotomie complètent le tableau auquel manque l'intoxication. Les récidives n'ont été le fait que de deux garçons.

Les 32 jeunes de douze ans comptent 8 tentatives uniques et 24 tentatives faites par des récidivistes particulièrement actifs. L'intoxication cette fois, vient de très loin en tête avec 17 essais. On passe ensuite à 5 défenestrations, 3 phlébotomies, 2 pendaisons, 2 noyades, 2 divers et une fois le gaz. Le tableau est bien différent.

La question vient alors à l'esprit : Le quotient intellectuel y est-il pour quelque chose ? Il faut, pour répondre, procéder au regroupement de ces diverses modalités pour s'appuyer sur des chiffres plus élevés. On a maintenu isolées en raison de leur importance, la défenestration d'une part, l'intoxication d'autre part. Ensuite strangulation, pendaison, noyade et gaz ont en commun d'être une atteinte à la fonction respiratoire. La phlébotomie ira avec les cas divers et associatifs. Pour les plus jeunes, notons-le au passage, on note successivement 5, 0, 6 et 4 ; chez ceux de 12 ans les chiffres sont 5, 17, 5 et 5. Mais revenons au quotient intellectuel et pour l'ensemble de l'échantillon. Opposons les enfants doués avec au moins 100 de quotient intellectuel, aux autres, et le tableau s'établit alors de cette façon :

Techniques de tentatives de suicide et quotient intellectuel
- deux sexes réunis -

Techniques (regroupées)	Total	Enfants doués (Q.I.=100 et +)	Enfants moins doués (Q.I. inf.à 100)	
	A	B	C	B/C
Défenestration	44	19	25	76
Intoxication	38	25	13	192
Atteinte de la respiration	27	19	8	238
Divers	38	17	21	81

Il n'y a pas totale interférence entre les deux dernières préoccupations. La défenestration est l'affaire d'une part des plus jeunes, d'autre part des moins doués. Or, on l'a vu, la composition du groupe des garçons précoces est plus favorable, en termes de Q.I. , que celle des plus âgés, qui sont davantage représentatifs d'une population moyenne.

En d'autres termes, la défenestration et son pendant "féminin", la précipitation sous une voiture, qui s'inscrit ici dans les divers, sont les techniques qui viennent à l'idée des moins doués et d'autre part des plus jeunes. Il s'agit là de gestes qui peuvent être impulsés par la colère et qui ne demandent guère de préparation. Porter atteinte à la fonction respiratoire, que ce soit par pendaison et strangulation d'une part, gaz et noyade d'autre part, impose une représentation plus élaborée des gestes à accomplir et de leurs conséquences ainsi qu'une certaine préparation matérielle.

---*---*---

CHAPITRE DEUXIÈME : LES MODALITÉS SPÉCIFIQUES DU PASSAGE A L'ACTE

Il nous paraît essentiel de bien insister sur la double difficulté rencontrée dans la reconnaissance des modalités du passage à l'acte. Difficulté au niveau de l'acte lui-même car il a été donné de relever dans l'échantillon non seulement la gamme complète des formes de conduite suicidaire, de la plus archaïque à la plus consciente, mais des formes complexes et intriquées que l'on peine à classer. Difficulté ensuite au niveau de la conscience et surtout de la verbalisation lors du témoignage ultérieur des enfants. Certains ne veulent ou ne peuvent parler clairement du geste accompli. Mais il y a plus : ainsi parmi ceux qui ont pris des médicaments dans des "situations suicidaires" comparables, l'un dira avoir cru prendre des bonbons, l'autre avoir recherché le sommeil, un autre surtout ne prendra conscience de sa tentative et ne la verbalisera qu'au cours d'une psychothérapie tandis qu'un autre enfin aura d'emblée déclaré son intention bien arrêtée. Notre interprétation de la conduite infantile ne risque-t-elle pas d'en être affectée ?

Ne manquons pas de rappeler le cas d'un enfant particulièrement apte à verbaliser son geste, ...l'un des fils de S. Freud lui-même. Il avait fait un violent accès de colère parce qu'on voulait le laisser couché. Ecoutons son père : "Il menaça même de se suicider, pour faire comme ceux dont il avait lu le suicide dans les journaux. Le soir, il me montra une bosse qui s'était formée sur sa poitrine à la suite d'une chute contre un bouton de porte. A une question ironique, pourquoi il a fait cela et où il voulait en venir, ce garçon de 11 ans me répondit comme subitement illuminé :"c'était ma tentative de suicide dont je vous avais menacé ce matin". Je dois ajouter que je ne crois pas avoir jamais parlé devant mes enfants de mes idées sur les mutilations volontaires". Or sait-on où se place le récit de ce petit accident ? Dans la "Psychopathologie de la vie quotidienne", pour y illustrer le cas de l'automutilation et du suicide mi-intentionnel ...

Reconnaître la difficulté de l'interprétation des conduites suicidaires infantiles, n'implique pas l'abandon et il nous a paru possible

de distinguer plusieurs modalités de passage à l'acte. Nous entendons par là la situation vécue, le mode d'entrée dans l'action, non le moyen technique d'auto-destruction choisi. Or il nous semble précisément que l'originalité fondamentale de la conduite suicidaire infantile en regard des suicides de plus âgés, réside dans la pluralité de ces modalités. Mais celles-ci posent le délicat problème des frontières entre les conduites suicidaires et d'autres conduites du registre pathologique, que certains auteurs ont dénommé équivalents-suicides (Deshaies) ou para-suicides.

L'analyse de chacune de ces modalités appelle donc la fixation de cette frontière, cet effort de démarcation.

A/ LA SIDERATION DES FONCTIONS VITALES.

La forme la plus archaïque nous a paru être une sorte de sidération des fonctions vitales, c'est-à-dire le refus de satisfaire des besoins vitaux, essentiellement ceux de l'alimentation. Nous n'avons retenu, il convient de le souligner, que des observations où le refus de manger ou la perte de sommeil, n'a constitué que la première forme d'une conduite suicidaire confirmée ultérieurement par un passage à l'acte plus élaboré. Il ne s'agit donc point de la simple anorexie qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, peut avoir une tout autre signification : mauvais conditionnement aux habitudes alimentaires, conflit avec l'adulte, refus de la sexualité, etc... Tous les degrés de sidération peuvent s'observer. Au delà de la simple perte d'appétit, fort répandue et associée à d'autres conduites, on peut relever le désir d'être malade, le refus alimentaire poussé jusqu'à l'altération de l'état général et accompagné de manifestations psychosomatiques ou hypocondriaques. Le dernier cas cité sera celui du refus de s'alimenter le plus total et le plus extrême.

La petite Thérèse illustre d'abord ce désir d'être malade.

- Thérèse N..., 12 ans Q.I. 115

Thérèse a connu une enfance perturbée par la mort accidentelle de son père lorsqu'elle avait six ans. Son frère aîné, comitial, a posé à ce moment beaucoup de problèmes éducatifs : fugueur, instable, il semble même que cet état ne se soit guère amélioré à l'âge adulte. Ceci ne paraît d'ailleurs guère affecter la mère qui a connu dans sa famille bon nombre d'inadaptés sociaux, toujours à la limite de la légalité. Le remariage

n'aurait posé au dire de la mère aucun problème pour Thérèse qui aurait très bien accepté le fils de son beau-père et la perspective d'une nouvelle naissance. Cependant, elle a présenté plusieurs affections psychosomatiques jusqu'au moment de la tentative de suicide présentée comme un désir de se rendre malade. Elle choisira pour ce faire, d'absorber du gardénal, médicament qui lui est familier puisqu'elle est atteinte de petit mal.

Le prétexte invoqué est un conflit avec son instituteur. L'enfant examinée peu de temps après sa tentative, est hostile à l'examen, son comportement est assez théâtral.

Le refus de l'alimentation poussé jusqu'à la dégradation de l'état général est accompagné de manifestations psychosomatiques et hypocondriaques nous paraît caractériser la conduite de Rolande, d'Odette et de Pierre.

- Rolande N..., 9 ans Q.I. 105

Rolande est la dernière des trois enfants d'un père éthylique et d'une mère de santé fragile. Les parents sont, au demeurant, divorcés. Mais c'est essentiellement depuis la maladie de sa mère que Rolande exprime des idées de suicide et tente même de les réaliser, par défenestration à l'école. Ceci entraîne son renvoi. Elle perd l'envie de vivre, cesse de s'alimenter normalement, avoue être assiégée par des préoccupations hypocondriaques graves doublées d'angoisse : peur de mourir, peur de tomber malade, peur d'avoir mal aux yeux.

Elle a des idées obsédantes de suicide par défenestration ou par utilisation d'un couteau. Des périodes de tristesse et de dépression contrastent avec de courtes périodes d'excitation. Elle est sujette à des colères violentes, principalement dirigées contre son frère et contre sa soeur. C'est dans ce contexte que surviendra la défenestration.

Son geste est qualifié de chantage au suicide. Ceci en se fondant sur l'apparente inauthenticité de ses actes : elle se tient à califourchon sur les appuis de fenêtre ...

- Odette J..., 10 ans

Odette est comme orpheline : son père disparaît comme elle avait deux ans et sa mère est morte quand elle avait huit ans. Elle subit de nombreux placements et hospitalisations entrecoupées de séjours en internat depuis l'âge de deux ans. Elle souffre de céphalées continuelles, de perturbations du sommeil (elle y voit en effet des gens qui viennent la prendre), elle ne s'alimente pas suffisamment pour subvenir à ses besoins naturels. Elle met à mal les animaux domestiques, joue avec le feu et tente de s'enfuir tant du pensionnat que de chez la nourrice.

Alors qu'on veut l'empêcher de fuguer une nouvelle fois, elle tente de se coucher sous une voiture.

- Pierre M..., 9 ans Q.I. 99

Le foyer dans lequel vit Pierre a ceci de particulier que son père a eu huit enfants d'un premier lit (quatre sont encore vivants) et qu'il est lui-même le second de trois enfants du second lit. Entre les deux groupes (l'aîné du premier a 30 ans) règne une grande hostilité qui se manifestera au moment du décès du père : les aînés chasseront la belle-mère et ses enfants.

Pierre était un enfant assez instable en classe quand survient, alors qu'il a 8 ans $\frac{1}{2}$, la mort de son père qu'il aimait passionnément. Il assiste à l'agonie, va sur sa tombe, embrasse sa photographie. Il parle de mourir comme lui. Il est dans une grande phase d'excitation. Anxieux et triste, il exprime des idées morbides :"je ne m'aime pas, je vais peut-être mourir". A la suite du conflit opposant ses demi-frères à sa mère, il entre dans une nouvelle période d'excitation : les colères se font nombreuses et il exprime fréquemment des idées de suicide. Il perd l'appétit, le sommeil et cesse toute activité et fait des crises d'angoisse au cours desquelles il croit mourir, jusqu'au jour où sa colère s'accompagne devant sa mère d'une tentative de strangulation au moyen de ses mains.

Au Rorschach, il fait preuve d'un blocage total. Au T.A.T. on note une réticence importante. Des thèmes dépressifs sont évoqués mais le sujet annule son anxiété par des dénouements heureux. Le diagnostic oscille entre dépression réactionnelle et psychose maniaco-dépressive à expression intermittente. Le pronostic paraît assez favorable en raison de l'excellente qualité affective de la mère. Un placement semble effectivement avoir été salutaire à l'enfant bien qu'il s'y soit montré assez peu spontané.

Daniel, 7 ans, enfin, constitue le cas le plus grave. La sidération de la fonction vitale n'est d'ailleurs pas chez lui une forme d'essai mais au contraire la seule issue à sa détermination.

Daniel est hospitalisé en milieu psychiatrique depuis bientôt deux ans en raison de conduites suicidaires réitérées. Il ne connaît pourtant que des perturbations familiales bien banales : sa mère est remariée et deux enfants sont nés de cette union. Dès l'âge de 4 ans, il se signale par de nombreuses conduites que l'on pourrait croire accidentelles : avalant une bouteille d'encre et de nombreux liquides ménagers jusqu'au moment où il verbalise son intention de mourir en tentant de se jeter à de multiples reprises sous des voitures. Il est alors hospitalisé et fait l'objet d'un maternage intensif et d'une prise en charge psychothérapique. Son état paraît s'améliorer jusqu'au moment où il renouvelle ses menaces et tente de se défenestrer. Un placement en milieu nourricier est alors tenté et tout paraît rentrer dans l'ordre, mais les parents ne le supportent pas et Daniel est à nouveau mis à l'hôpital. Il n'y cesse de parler de mort et si le passage à l'acte est rendu impossible par une surveillance décuplée, s'y laisse mourir de faim, son état nécessitant une réanimation intensive.

Daniel est un enfant intelligent, son contact n'est nullement celui d'un psychotique, il paraît souffrir d'une névrose d'angoisse très grave.

Si les observations précitées comportaient d'autres éléments qui ne faisaient pas de soute sur l'intention de mort, on peut imaginer que des tendances suicidaires puissent se manifester par ce seul type de conduite. Il y a là, pour le moins, une invitation à examiner la signification profonde de certaines anorexies ou encore de certaines manifestations psychosomatiques ou hypocondriaques.

B/ L'ATTAQUE DE L'INTEGRITE CORPORELLE.

Par attaque de l'intégrité corporelle, il faut entendre une auto-mutilation chargée de signification suicidaire, un suicide partiel en quelque sorte. Sans doute certaines auto-mutilations doivent-elles au contraire apparaître comme un sacrifice : elles consistent à sacrifier un organe pour avoir la vie sauve. Mais d'autres formes d'auto-agressivité, plus souvent blessures diverses, piqûres ou ingestion de produits dangereux, traduisent des tendances auto-destructrices ratées, réduites à une partie du corps. Là encore, dans les observations qui suivent, le fait que ces conduites aient été accompagnées d'autres formes de passage à l'acte, vient nous donner l'assurance d'une modalité suicidaire.

- Monique G..., 9 ans $\frac{1}{2}$ Q.I. 102

Monique est la troisième de trois enfants dont aucun ne porte le même nom. Le père est décédé en captivité. L'hérédité est très lourde, une tante avait été internée, la mère est syphilitique. Elle tente au reste d'avorter et place immédiatement l'enfant en refusant de la voir. Reprise à trois ans par une tante nantie mais autoritaire dans un ménage désuni, elle l'affronte constamment. Le comportement de la tante paraît provoquer des conduites impulsives et perverses : Monique avale du vinaigre ou le son destiné à la chèvre, plante des épingles dans les bras d'un bébé, fait crever de jeunes chats.

La tentative de suicide par défenestration survient à un moment où le rejet de la tante se matérialise par un placement à Vitry. l'E.E.G. montre un tracé spontané normal, mais cependant quelques ondes lentes à l'hyperpnée.

- Claude D..., 11 ans ½ Q.I. 100

La mère de Claude est morte quand celui-ci avait deux ans. Son père s'est remarié. L'enfant qui connait de multiples placements est rappelé au foyer à l'âge de cinq ans. Il s'y montre très jaloux de ses frères et de sa soeur, violent avec son père, par contre affectueux avec sa belle-mère. Il cherche à se faire plaindre en se faisant passer pour victime, dégrade installations électriques, vitres, livres et cahiers lors de ses colères, ou bien se tape la tête contre les murs, se frappe avec des jouets en fer pour se punir soi-même.

Au paroxisme d'une crise, il menace de se frapper d'un couteau puis, désarmé, veut se jeter à l'eau.

Le diagnostic de l'époque est celui de réactions impulsives épileptoïdes. Il pratique fréquemment l'école buissonnière.

- Gilbert L..., 12 ans Q.I. 45 en 1959 - 78 en 1961.

Gilbert est l'aîné de trois enfants au sein d'une famille unie. Sa mère est atteinte de comitialité. Le développement psychomoteur de Gilbert est assez lent. Dès l'âge de la scolarité, il connait de grandes difficultés : il est gaucher contrarié ; pour l'apprentissage de la lecture déjà, une rééducation est fortement conseillée. En 1958, la famille déménage, il s'adapte très mal à la vie en H.L.M. et au changement d'école.

Trois ans après sa mère est victime d'un accident dans la rue et meurt. Dès lors l'enfant est véritablement hanté par l'idée de mort et de suicide. Quatre mois après, il fait une tentative de suicide par absorption de Gardénal. C'était le médicament que prenait sa mère. "J'étais son préféré, j'ai sa maladie". Il entretient, note-t-on, un hématome du genou. Les crises de sa mère commençaient par une chute sur les genoux. Lors de l'hospitalisation, il exprime sans cesse des idées suicidaires et un complexe d'infériorité né de ses échecs scolaires.

Rendu à son père, il marque une amélioration bien qu'on ait observé lors d'une hospitalisation en service d'O.R.L., des traces de coupures au poignets. Brutalement, neuf mois après sa première tentative certaine, il en fait une nouvelle au Tofranil. Le diagnostic est alors celui de dépression atypique. A sa sortie il est envoyé en vacances chez son oncle, il fait un nouvel essai.

Au cours des hospitalisations, Gilbert se montre toujours dominé par l'idée de mort, pénétré de son impuissance et de son infériorité. Le diagnostic porté est celui d'un état dépressif névrotique chez un débile.

- Jean-Louis G..., 12 ans Q.I. 124

Jean-Louis est l'enfant unique d'un couple que sa naissance a conduit au mariage. Son père est taciturne et renfermé. Sa mère déçue par le mariage est traitée pour érythrophobie. L'enfant est surprotégé, sa mère l'a lavé jusqu'à neuf ans, le père a pris le relais. Il n'a pas d'argent de poche et ses parents se refusent à l'informer de la sexualité, ce qui contribue à l'isoler davantage de ses camarades. Une intimité toute particulière est nouée entre la mère et le fils qui forment un couple bien caractéristique. L'enfant est en traitement depuis peu pour obésité.

Bon élève jusqu'à présent, Jean-Louis échoue à une composition. Il se punit en se tailladant la jambe avec une lame de rasoir. Il dira s'être blessé avec des éclats de verre. Puis il cache son livret scolaire et n'ose plus se représenter en classe. Il va auprès de son maître invoquer des raisons de santé, puis, profitant de ce que ses parents, infirmiers tous les deux, ne rentrent que le soir à vingt heures, il entreprend avec eux une partie de cache-cache. Jean-Louis n'est plus allé en classe depuis plus d'un mois, lorsque sa mère découvre le livret, il est le dernier et doit redoubler, la menace de pension pèse sur lui.

La réprimande qu'il s'attire déclanche la tentative de suicide. Il est trouvé inanimé, un lacet de chaussure autour du cou, dans un état de profond coma. On retrouve en outre des barbituriques dans ses urines et des cachets d'aspirine sous son oreiller.

Cliniquement, c'est un enfant triste, isolé, sans contact avec les autres enfants. On ne note pas d'éléments en faveur de la psychose. Il paraît plus mélancolique que dissocié. Le Rorschach a une allure névrotique accentuée, au T.A.T. il dépeind des parents autoritaires et exigeants, il est profondément culpabilisé par ses échecs scolaires. Les mécanismes de défense utilisés sont obsessionnels et phobiques. Dans l'ensemble, les tests projectifs montrent des difficultés affectives graves, des sentiments dépressifs et auto-punitifs, des réactions névrotiques phobo-obsessionnelles. Une psychothérapie suivie de psychodrame donne des résultats spectaculaires, tant sur le plan familial que sur le plan scolaire et social.

- Félix E..., 7 ans $\frac{1}{2}$ Q.I. 105

Félix a toujours été un enfant nerveux. Dès trois ans, après une chute, il est sujet à des accès d'agitation s'accompagnant de maux de tête et il exprime un sentiment de peur de la mort. Mais c'est surtout depuis un placement nourricier à l'âge de six ans, que ses difficultés se sont accentuées. Il exprime fréquemment l'idée que sa mère préfère sa soeur, qu'il est de trop à la maison, ce qui entraîne tantôt des crises de larmes silencieuses, tantôt des accès de colère au cours desquels il se frappe et il agresse sa soeur. Il lui lance même un couteau. Il a, vis-à-vis de lui-même des conduites dangereuses, avalant tout ce qu'il trouve, des clous notamment.

On évoque à son sujet le diagnostic d'équivalent épileptique. Mais il aparait plus approprié de parler de troubles réactionnels à un sentiment de rivalité de fratrie.

- Marcel R..., 12 ans $\frac{1}{2}$ Q.I. environ 90.

L'hérédité de Marcel est lourde : un oncle schizophrène, un oncle psychopathe et une tante épileptique. Son père a quitté le domicile conjugal quand Marcel avait huit ans. Sa mère, inintelligente et peu chaleureuse s'est remariée et craint beaucoup que Marcel ne vienne brouiller son ménage. L'enfant, qui est fils unique a fait l'objet de plusieurs placements jusqu'à l'âge de 12 ans, ce qui explique en partie son retard scolaire.

C'est un enfant solitaire, agressif, tant envers lui-même qu'envers ses parents. A plusieurs reprises, il a effectué sur lui des gestes dangereux : il avale une bouteille d'encre, il se coupe, se pique, se barbouille le visage de sang en exprimant le désir de se tuer. Deux fugues l'amènent au domicile de sa grand mère, éloigné de vingt cinq kilomètres.

C/ LES ACTIONS DANGEREUSES.

Elles nous paraissent presque toutes participer de la notion de pari développée par le Professeur DUCHE. Tout se passe en effet comme si l'enfant s'en remettait au sort : il se livre à l'inspiration du moment et le hasard fait le reste. Qu'il connaisse une difficulté passagère ou qu'il se sente momentanément attiré par le goût de l'inconnu, l'enfant qui aurait été fragilisé par des expériences antérieures, passe brusquement à l'acte.

Nombreux sont, parmi ces enfants, ceux qui aiment à se familiariser avec le danger, avant même de le braver. Le jeu au bord de la rivière, le tour de barque, la promenade solitaire prolongée, dont il attend quelque frayeur à chaque détour du chemin, et dont il n'est pas assuré de pouvoir revenir, la satisfaction que peut procurer à la fenêtre le maintien d'un équilibre précaire au-dessus du vide, telles sont les situations recherchées par nos enfants, qui les méneront au passage à l'acte.

Rares sont les enfants qui pourront verbaliser l'option du pari. C'est pourquoi nous évoquerons ici le cas de Philippe (12 ans) qui dit, en parlant de son geste : "je n'avais rien à perdre et rien à gagner".

- Philippe K..., 12 ans QI. 93, 114, 103

Philippe fait une tentative de suicide par absorption de multiples drogues dont sa mère dépressive faisait usage pour se soigner.

Cette tentative a lieu peu de temps après la diffusion du Sagoin à la télévision. Ceci ne manquera pas d'ailleurs de culpabiliser la mère qui s'identifiera au personnage de la mauvaise mère. Philippe avait tout lieu d'éprouver des difficultés face à l'image maternelle et il semble bien que ce film n'ait été que l'élément inducteur lui permettant de cristalliser des expériences antérieures plus qu'une occasion d'imiter un héros. Enfant naturel mal accepté, il a connu plusieurs placements insécurisants avant d'être légitimé par le mari de sa mère et de réintégrer le foyer, il avait alors six ans. Depuis lors il éprouve de grosses difficultés de relation avec sa mère qui s'efforce à sa manière de réparer en niant la réalité, s'obstinant en particulier à lui cacher ses problèmes de filiation. Philippe reproche à sa mère son manque de franchise, ses trahisons et c'est la succession des fugues, vols, mensonges jusqu'au moment ou culpabilisé par ce passé, Philippe songe à la mort. L'idée se matérialise à la vue du Sagoin. Il dira par la suite "je n'avais rien à perdre, rien à gagner, le suicide est pour lui un moyen de fuir et de parier. Dans l'avenir il se vit cascadeur. Philippe est un garçon très anxieux, dépressif et culpabilisé.

Les tests projectifs confirment cette impression clinique, l'agressivité contre la mère tout comme le désir de compétition avec le père sont extrêmement culpabilisés, le conflit oedipien ne peut être résolu, tout désir de réalisation est voué à l'échec, il n'y a pas d'autres issues que la fuite, la passivité ou l'auto-destruction.

Trois conduites incluant à des degrés divers une forme de pari semblent devoir être distinguées : la poursuite du jeu, le geste qui entraîne nécessairement l'accident, enfin l'acte disproportionné.

1 - LE JEU.

Hélène s'est amusée à prendre des médicaments comme des bonbons, jusqu'au coma. Sa mère s'empresse d'accréditer cette thèse.

- Hélène F..., 8 ans Q.I. 75, 90, 80

Quatrième de cinq enfants dont un demi-frère. Hélène avait trois ans au moment de la séparation de ses parents. Son père d'une grande violence fut remplacé par un beau-père tout aussi agressif. La mère est sèche, dure, elle ne parle que de gifles et de raclées et s'arrange pour que les circonstances de la tentative de suicide restent inconnues, en excipant de la dissimulation et de la mythomanie de l'enfant, pour ne pas donner crédit aux raisons invoquées par l'enfant. Celle-ci ne saura que déclarer : "j'avais avalé des médicaments pour m'amuser, je croyais que c'était des bonbons".

Toujours est-il qu'Hélène a ingéré volontairement des barbituriques et qu'elle est entrée dans un coma profond accompagné de convulsions.

Les tests projectifs sont très révélateurs : les thèmes de "dérouillée" et de fessées reviennent sans cesse, traduisant l'agressivité sadique-anale du couple, en particulier du père. Face à cette agression physique permanente et à l'angoisse de castration, l'enfant est dans l'impossibilité de poser l'Oedipe et exprime un besoin de régression orale dans une relation gratifiante avec la mère.

Les tests mettent également à jour une forte solidarité fraternelle, face à l'agressivité parentale. Si celle-ci paraît bien avoir joué ici un rôle dans l'évolution qui devait conduire à cette tentative de suicide, on notera en outre la présence au foyer d'une troisième personne, une femme séparée de son mari et dont les qualités maternelles peuvent être mises en doute puisqu'elle avait placé ses enfants pour s'occuper de ceux des autres.

Martine ne sait plus très bien si on lui a donné les médicaments ou si elle les a pris par jeu

- Martine B..., 8 ans Q.I. 93, 107, 100

Martine est la dernière de cinq enfants. Le père qui a quitté la maison depuis deux ans aurait tenté auparavant de se suicider par ingestion de toxique et par phlébotomie. La mère est ambivalente et débordée. Martine est une enfant difficile, qui connait à l'école des problèmes de dyslexie.

On ne retrouve aucune cause immédiate à son geste, l'ingestion d'une demi-boîte de Valium. Elle donne elle-même plusieurs versions des mobiles qui l'ont poussée : "Ma soeur m'a fait prendre des cachets parce que j'étais très énervés". Plus loin elle ajoute : J'ai dit cela pour la faire punir". Un peu plus tard elle se reprend : "C'est Maman qui me les a donnés pour mieux dormir" ou bien encore : "C'est moi qui les ai pris".

Cliniquement, Martine est très instable, suggestible, fabulatrice et présente un tableau de revendication affective. La mère signale que sa fille est restée très attachée à son père, qu'elle le réclame fréquemment. Les cinq filles sont d'ailleurs toutes très insécurisées depuis le départ du père, elles vont chercher leur mère à la sortie de son travail pour qu'elle le les abandonne pas comme a fait le père. La mère elle-même n'a pas encore assumé le départ de son mari. Au test de Patte Noire, Martine témoigne d'un attachement régressif oral à la mère, avec cependant des décharges agressives exprimées sur un mode anal envers celle-ci, sans doute tenue pour responsable du départ du père. Celui-ci est perçu comme gratifiant et même comme nourricier. Elle laisse percer jalousie et identification oedipienne très nettes. Il y a là au total un climat d'insécurité dû au départ et à la fragilité du père.

Géraldine joue à se pendre. Le jeu est certes macabre mais est jugé anodin. Les idées de suicide mises en évidence aux épreuves projectives.

Géraldine C..., 10 ans Q.I. 107, 115, 112.

Il s'agit d'une enfant très douce, la troisième de six enfants, bonne élève, vivant dans un foyer uni. Il est très difficile de se faire une idée précise des circonstances de sa pendaison manquée.

A la suite d'une querelle avec sa soeur aînée qui lui refusait un gouter, Géraldine déclare : "je vais me pendre", là-dessus, elle part jouer avec son arbre, grimpe avec une corde, la passe à son cou et se laisse tomber. Son frère, heureusement coupe la corde. Craignant d'être grondée, elle se sauve. Durant l'hospitalisation, elle adopte un parti de négation et oscille entre la thèse du jeu et celle de l'accident : "je m'amusais à me pendre avec mon frère" ou bien "mon pied a glissé". Elle nie avoir des conflits avec la soeur de seize ans. Mais elle parle volontiers d'une fausse couche de sa mère, qu'elle vit comme un meurtre : "Maman s'est assise sur un bébé de vingt mois et elle l'a tué".

Les tests projectifs ne révèlent pas d'anomalies psychiatriques graves. On note quelques éléments névrotiques de type phobique. Par contre un thème de suicide surgit au T.A.T.

Jeux semble-t-il. Mais pourtant que dire d'un jeu qui n'assure pas la fonction essentielle qui lui est habituellement reconnue ? Elle est en effet selon Freud, rappelons-le, la possibilité de revivre dans l'imaginaire une situation mal vécue, le transfert sur le plan symbolique de problèmes réels. En d'autres termes, il assure la protection contre une réalité menaçante, il permet de vivre sans danger les situations les plus périlleuses. Faute de comporter le filet protecteur du "semblant", du "on dirait que", les conduites précitées, au demeurant plus souvent solitaires, sont en définitive fort éloignées du jeu.

2 - LES ACCIDENTS.

André G-L... se trouve assurer la transition entre "jeu" et accident. En effet, avant sa tentative de pendaison, il aimait à jouer avec des ficelles et des cordes. Mais il y a plus : ses parents accréditeront dans son entourage et jusque dans son esprit la thèse de l'accident au terme d'un jeu. Seule la psychothérapie lui révèlera ses projets suicidaires.

- André G-L... 11 ans 4 mois (17 Février 1944) Q.I. 110

André est le dernier de trois enfants très espacés (30 ans, 18 ans et 11 ans). Le milieu familial est apparemment normal mais fort influencé par les fonctions subalternes des parents, employés par les

châtelains comme ouvrier agricole et comme femme de chambre. Ils interdisent à André de fréquenter les enfants du village, jugés "trop grossiers". Isolé,en butte à l'hostilité de ces derniers, André perd pied sur le plan scolaire et s'attire d'une maîtresse sévère gronderies et punitions encore amplifiées par les parents.

C'est ceci qui amène André au suicide. On le retrouve pendu par une tresse de sa fabrication à la rampe de l'escalier et son état exige la réanimation. Ses parents tenteront de lui faire croire qu'il est tombé dans l'escalier.

L'enfant ne révèlera son intention suicidaire qu'au cours de la psychothérapie, se plaignant de l'excessive sévérité de la maîtresse et d'un sentiment d'abandon maternel depuis qu'il grandit. André avait au reste des rituels de jeux assez particuliers, il aimait à se lier avec des ficelles ou les tend dans le but de faire tomber son père.

Les tests projectifs mettent en évidence des tendances passives, de fortes pulsions agressives annulées par des défenses obsessionnelles. Les éléments dépressifs sont certains et le suicide délibérement voulu.

Des nouvelles de lui, parvenu à l'âge adulte, laissent penser qu'il n'a pas de troubles psychopathologiques.

- Marc-Claude L..., 6 ans $\frac{1}{2}$ Q.I. 100

connaît de nombreux accidents avant de passer à l'acte.

Marc est un enfant unique élevé par la grand-mère en raison d'un mauvais climat familial. Le père est en effet éthylique violent et dépressif. Enfant difficile et sujet à des accidents, Marc a été renversé par une bicyclette. Il donne de multiples manifestations d'anxiété, terreurs nocturnes, onychophagie, il menace très fréquemment de se suicider. Mais, mis au défi, il se précipite à reculons en direction de la fenêtre et n'est rattrapé de justesse.

Le diagnostic est celui de colères épileptoïdes.

- Jean-François, 6 ans 9 mois Q.I. 107

Aîné de trois enfants au sein d'une famille unie et sans histoire, Jean-François n'a posé aucun problème jusqu'à l'âge de six ans. Il a relativement bien accepté la venue au monde de son frère et de sa soeur, il est un bon écolier. Il semble que deux événements survenus dans le même mois d'octobre 1961, soient à l'origine de ses troubles : son père a d'abord eu un accident de voiture sans gravité mais dont on parle beaucoup à la maison. Quelques jours après, sur le chemin de l'école, Jean-François est témoin d'un accident spectaculaire et garde la vision d'une femme renversée et ensanglantée.

Il interdit alors à sa mère de sortir sans lui. Il développe du même coup une phobie scolaire. Laissé un jour endormi à la maison en compagnie de son frère et de sa soeur, il prend brusquement conscience à son réveil de l'absence de sa mère. Il veut la rejoindre à tout prix. La porte est fermée à clef. Qu'importe, il saute par la fenêtre... du troisième étage ! En apparence, il ne s'est fait aucun mal. Néanmoins les E.E.G. resteront longtemps perturbés.

Durant son hospitalisation, Jean-François laisse percer une fixation très infantile à ses parents. Il ne supporte pas le départ de ses parents au terme des visites, au point qu'il faut interdire celles-ci. Aux tests projectifs, il témoigne de la même immaturité. Dès qu'il évoque des thèmes de séparation, une grande peur le saisit. L'image du père est plus sécurisante que celle de la mère, envers laquelle il exprime des sentiments ambivalents. Elle est, en effet fréquemment victime d'accidents, de blessures, voire de mort. Il parait d'autre part vouloir éviter les relations fraternelles.

Il parait peu capable de lutter avec efficacité contre l'angoisse qui l'a saisi. On est amené à conclure à une névrose d'angoisse avec phobie et passage à l'acte.

- Fatima D..., 9 ans Q.I. 80

Fatima est la deuxième de trois enfants dans un milieu familial peu chaleureux. Le père apparaît très fruste et brutal, la mère très dure, cherche sans cesse à se déculpabiliser. Fatima a déjà à plusieurs reprises émis l'idée qu'elle pourrait sauter par la fenêtre.

Un jour qu'elle se trouvait comme à l'accoutumée, enfermée avec ses deux soeurs dans la maison, elle exprime le désir d'aller rejoindre sa mère alors hospitalisée. Contrariée dans ses projets, elle se rend dans sa chambre et saute par la fenêtre du troisième étage. Un tas de terre la sauve.

Ce geste en apparence banal, sans but suicidaire avoué se révèle à la vue des tests projectifs comme chargé de signification péjorative. Au Rorschach, apparaissent des phantasmes de type hystérophobiques avec idée de mort et de destruction. En face des thèmes morbides effrayants, les défenses sont faibles et la prise de distance nulle. Au T.A.T. l'anxiété est très vive, devant une mauvaise image paternelle et elle exprime des tendances auto-agressives. Au dessin, les formes sont inquiétantes, la grande valeur plastique contraste avec la faiblesse des commentaires verbaux.

N.B. - Sage avant l'entrée en maternelle, elle devient désadaptée en classe et développe bientôt une dyslexie en relation avec un retard de langage.

- Michèle L..., 7 ans Q.I. 115

Michèle est la dernière de trois enfants, les deux aînés sont morts de méningite tuberculeuse. Le couple familial s'est dissocié lorsqu'elle avait trois ans. Le père est violent, le grand-père paternel était un éthylique notoire, interné. L'enfant est suivie en rééducation psychomotrice pour instabilité majeure et manifestations sub-anxieuses, entretenues par un climat familial désorganisé. On apprend par exemple qu'elle est tombée en syncope en rencontrant son père au bras de sa maîtresse. De celle-ci, elle est très jalouse, et de sa mère également avec qui pourtant elle forme en quelque sorte un couple.

A la suite d'une contrariété - sa mère lui interdit d'aller jouer dans la rue - elle se jette par la fenêtre. Sa mère a tout juste le temps de la retenir. Interrogée à ce sujet, elle évite les questions et prétend avoir voulu aller chercher son porte-plume au rez-de-chaussée.

C'est une enfant mignonne, coquette, maniérée, cherchant à plaire et à s'exhiber, très fixée à son père. On a l'impression qu'elle se sent coupable vis-à-vis de sa mère du départ de son père.

Tous trois n'ont pas hésité à sauter par la fenêtre. Pour deux d'entre eux, l'identification à leur mère qu'ils pensaient en péril, dans le fantasme ou dans la réalité, était totale. Leur disparition avec elle devenait nécessaire.

- Edmond C..., 9 ans Q.I. 100

Les parents d'Edmond, maraîchers, forment un couple apparemment sans problèmes. Second de deux enfants, il a cependant connu des placements nourriciers. Très affectueux avec ses parents et appliqué en classe, Edmond se montre néanmoins très jaloux de son frère et réagit par de violentes colères à la moindre frustration. Il se sauve fréquemment dans la campagne et ses parents affirment qu'il ne reviendrait pas si on n'allait pas le chercher. Il aurait tenté de se jeter dans un puits au cours d'une de ses fugues et menace de s'élancer sous une voiture. Cet état de fait durerait depuis trois ans.

- Colette M..., 8 ans Q.I. 85 environ

Il s'agit d'une enfant dont le père éthylique est décédé avant même qu'elle fût née. Sa mère s'est remariée à une date que l'on ignore. Colette a connu de nombreuses hospitalisations et de nombreux placements. Tandis qu'à la maison, elle se montre docile et gentille, en pension elle est instable, indisciplinée et agressive et ses résultats scolaires sont nuls.

A la suite de remontrances, elle s'est dangereusement penchée à la fenêtre. Son milieu scolaire réclame son placement car Colette commet des actes dangereux pour elle-même et pour les autres.

- Léon P..., 13 ans

Né d'un père éthylique et très âgé, qui décède quand Léon arrive à l'âge de huit ans, sa mère le met à l'orphelinat au bord de la mer où il demeure 2 ans $\frac{1}{2}$. Il aurait pendant ce séjour, tenté plusieurs fois de se jeter à la mer, ce qui a nécessité sa réintégration à la maison. En fait, c'est dans ces conditions précaires d'hébergement qu'il vit avec sa mère. Cette période est au demeurant entrecoupée de séjours au dépôt pendant les moments d'hospitalisation de la mère.

Il se montre renfermé, agressif, il se livre à des actes dangereux pour lui-même. On le retrouve à cheval sur un balcon du cinquième étage, il affectionne aussi particulièrement les bords de la Seine.

Cliniquement, il s'agit d'un enfant d'intelligence médiocre, il accuse un important retard scolaire et subit les dommages des carences matérielles, éducatives et affectives.

On repousse le diagnostic de perversité. La question de l'épilepsie ; l'épileptoïdie est évoquée à son sujet.

Ces trois derniers enfants sont de ceux qui aiment à se promener au bord de l'eau, à courir la campagne, comme s'ils recherchaient l'occasion d'assumer leur pulsion auto-destructrice.

Le cas qui va suivre a l'intérêt d'être celui du plus jeune enfant ayant désiré la mort. La noyade d'Emmanuel a été présentée comme un accident ; et pourtant, tout son discours, tant verbal que gestuel, n'exprime que le seul désir de mourir : "Quand on est malheureux, on dort". Il ne sait plus très bien s'il n'est plus aimé ou s'il ne s'aime plus.

- Emmanuel A..., 4 ans $\frac{1}{2}$ Q.I. 100

Emmanuel a été retrouvé inconscient dans la baignoire, tout habillé, son état à nécessité l'intervention des pompiers et son admission à l'hôpital. Ses parents avaient consulté peu de temps auparavant en milieu spécialisé car ils étaient inquiets de ses comportements auto-destructeurs et des nombreux actes sadiques qu'il exerçait sur les animaux et les autres enfants de la fratrie. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises, il s'était jeté du haut d'un escabot, avait avalé de l'eau de Javel, piétiné des morceaux de verre cassé sans compter les griffes, brûlures qu'il s'infligeait volontairement.

L'histoire de cet enfant est un peu particulière puisqu'il s'agit du deuxième enfant d'une mère célibataire actuellement mariée avec un homme de trente ans son aîné dont elle a trois enfants. Placé en nourrice depuis son plus jeune âge, Emmanuel a cependant toujours connu des

relations régulières avec sa mère et il semble que le couple ait eu le très vif désir de reprendre les deux enfants naturels dès que leur situation matérielle s'est améliorée. Par contre, devant l'importance des troubles qu'ont développés les enfants à leur arrivée au foyer, le beau-père s'est montré de plus en plus rejetant, parlant même d'abandon et projetant pour eux un avenir des plus sombres. Il apparaît même qu'il se montre fréquemment sadique avec Emmanuel et reconnaît être responsable d'un certain nombre de traces et coups que présente l'enfant. Emmanuel est un enfant intelligent, au contact facile à établir, réclamant beaucoup d'affection. Il s'explique lui-même sur les traces de blessures qu'il porte, ne faisant pas très bien le départ de ce qu'on lui inflige et de ce qu'il s'impose. C'est maman ou bien c'est moi dit-il, à propos de brûlures qu'il porte à un doigt, et reconnaît chercher à se faire mal. Il ajoutera :"je suis malheureux, je suis malade, je veux dormir".Il dessine des personnages sans bras et allongés, et un serpent qui s'auto-dévore.

Les conduites accidentelles à elles seules mériteraient une étude. L'analyse statistique montrera au demeurant une parenté certaine entre suicides et accidents. Certaines études menées aux Etats-Unis affirment que les accidents ont généralement un lien avec le climat familial. Une enquête effectuée au Centre Médical de l'Hôpital d'Enfants de Boston indique clairement que les conflits familiaux augmentent la prédisposition aux accidents. Bien plus, maladies, deuils, absences et désunions, tous facteurs de dissociation familiale, s'accompagnent d'une plus grande fréquence de ces accidents. Dans les cas qui ont été présentés ci-dessus, on a pu relever des situations analogues. Sans nul doute, elles contribuent à leur déclenchement.

Ainsi, dangereuses ou maladroites, les conduites que sanctionne l'accident, ne sont pas le fruit du hasard mais ont été préparées par l'insécurité et la précarité connues auparavant. L'enfant cesse alors de se préserver par les mécanismes de défense les plus élémentaires. Mais il est à noter également que ces cas ne sont pas volontiers reconnus comme des conduites suicidaires. Les défenses dont s'arma l'adulte à ce sujet, lui interdisent d'entendre la revendication de l'enfant. Faute d'obtenir une réponse, celui-ci risque de se livrer à des formes de passage à l'acte plus assurées encore de leur résultat.

3 - LES ACTES DISPROPORTIONNES.

Il est arrivé que la maladresse ou l'ignorance semble avoir présidé à des actes malheureux. Ainsi certaines actions paraissent tout à fait disproportionnées à l'effet recherché, dont l'excès peut se payer fort cher.

Le cas le plus fréquent est celui de la dose de somnifères ingérée. Pourtant, lorsqu'il s'agit de grands enfants, capables généralement de défenses plus complexes, il paraît impossible de mettre au compte de l'ignorance l'absorption de quantités importantes de médicaments.

Les deux observations qui vont suivre montreront combien il est difficile de déceler des intentions suicidaires chez l'enfant. L'un ne la laissera paraître que dans l'obnubilation post-comateuse, l'autre plus défendue encore, ne prend conscience de la signification de son acte qu'au cours de psychothérapie.

- Jacques C..., 11 ans Q.I. 115, 122, 120

La mère de Jacques a une vie compliquée : mariée en 1940, séparée de corps un an après, elle vit en concubinage et a de la sorte trois enfants dont Jacques en 1947. Sept ans après, elle vit avec un autre homme dont elle a un nouvel enfant. Jacques, comme sa soeur, a été placé de l'âge de dix-huit mois à l'âge de dix ans, d'abord en préventorium, puis en internat. Au retour chez sa mère, Jacques connaît une période heureuse d'une année. Il se montre affectueux avec sa mère et travaille bien en classe.

A la suite d'un déménagement, il s'adapte mal à sa nouvelle école, maigrit rapidement de deux kilos et fait l'école buissonnière pendant huit jours. Sa mère l'apprenant lui fait de violents reproches et lui déclare ne plus l'aimer. Dans la nuit, il avale quelques comprimés de Procalmadiol et dort pendant trente-six heures. Au réveil, il exprime sa volonté de mourir et désire recommencer.

Lors de l'hospitalisation, il est triste et déprimé. Il essaie de minimiser la gravité de sa tentative : "je voulais seulement dormir et ne plus penser". Au terme de son séjour à l'hôpital, il refuse de rentrer chez sa mère et demande à vivre chez sa grand-mère en attendant une école de plein air.

La mère comme l'enfant, exprimaient vis-à-vis l'un de l'autre des sentiments très ambivalents.

- Jocelyne J..., 12 ans Q.I. 100

Jocelyne, quatrième de cinq enfants, est amenée à l'hôpital dans un état de coma après avoir absorbé une dizaine de comprimés de tégrétol. Les circonstances de cet acte demeurent bien mystérieuses mais il semble que l'effet recherché ait été celui d'un sédatif de l'anxiété. En effet, Jocelyne souffre d'insomnies particulièrement mal supportées et non avouées à ses parents ; elle dit avoir absorbé ces médicaments dans le but de dormir. On peut pourtant se demander pourquoi cette enfant intelligente a absorbé tant de comprimés sans se soucier du danger que cela pouvait représenter, et il faut également se rappeler que beau-

coup d'adultes invoquent le prétexte de la recherche du sommeil pour camoufler consciemment ou inconsciemment une tentative de suicide. Jocelyne se présente comme une enfant réservée, au visage peu mobile, ce qui contraste avec ses propos : en effet, elle dit aimer le risque et désire pratiquer des sports particulièrement dangereux comme l'alpinisme, l'aviation.

Jocelyne est en plein conflit oedipien que la mère dit d'ailleurs entretenir par son attitude "gamine" et provoquante à l'égard de son mari. Par ailleurs il semble que les insomnies soient entretenues par des masturbations très culpabilisées. Des entretiens psychothérapiques laissent à penser que le geste de Jocelyne pourrait bien avoir une signification auto-punitive. Elle affirme avoir pris des médicaments seule pour ne pas réveiller son père.

D/ LES ACTES SUICIDAIRES FRANCS.

Il n'en reste pas moins qu'on peut observer des actes suicidaires francs, que leur auteur et la famille sont bien forcés de reconnaître comme tels. Nous avons choisi trois exemples particulièrement démonstratifs.

- André P..., 12 ans Q.I. 101

André est un enfant intelligent né dans un milieu déplorable. Ses parents, tous deux grands éthyliques, sont morts. Son grand frère âgé de 32 ans et tout aussi éthylique que les parents, reçoit le droit de tutelle sur lui. Il le brutalise et la garde de l'enfant lui est retirée pour être confiée à l'oncle et la tante, chez qui il est bien, mais s'ennuie un peu. Ce sont de braves gens mais un peu âgés. Ils souhaitent se retirer en Bretagne et évoquent devant lui la possibilité de le mettre en pension.

André aurait répondu : "les pensions, c'est toutes des assistances publiques". L'idée lui est insupportable. Par ailleurs, André qui est atteint d'une cardiopathie congénitale, la tétralogie de Fallot, est opéré avec succès d'un abcès frontal en Juin 1957.

En Mars 1958, la perspective de la pension lui est décidément intolérable et après quelques hésitations, il prend calmement la résolution de se tuer. Il avale un grand nombre de comprimés de barbituriques et attend la mort avec patience. Il calme l'attente en se promenant dans la maison et ne s'allonge qu'au moment où il entre dans un coma qui le tient deux jours. Revenu à la conscience, il est heureux de se sentir en sécurité à l'hôpital, il regrette son acte, il en fait un récit très lucide, sans aucun théâtralisme, qu'on n'attendait pas d'un enfant.

Cliniquement, André est un garçon intelligent et affectueux, investissant beaucoup la scolarité, il est en avance de deux ans sur les enfants de son âge et manifeste le désir d'être chirurgien. Il est d'autre part très attaché à l'oncle et à la tante qui l'ont élevé. Les tests projectifs mettent en évidence des perturbations dans l'adaptation émotionnelle et sociale. On note l'importance de l'anxiété, de la culpabilité et des préoccupations hypocondriaques. Le diagnostic établi est celui de raptus mélancolique. On conseille un internat offrant des possibilités de psychothérapie.

- Roland T..., 12 ans Q.I. 75 environ

Le cas de Roland est celui de l'enfance malheureuse. Sa mère semble bien avoir acculé le père à la déchéance physique et morale : elle l'a forcé à changer d'emploi à plusieurs reprises, elle a aussi avec les enfants (six vivants) et surtout avec Roland un tel comportement que, par lassitude, il se met à boire. Un jour, en 1947, il embrasse ses enfants, giffle sa femme et se pend. Il n'était pourtant pas violent et était un bon père, affectueux avec ses enfants. Mais on ne manque pas de relever aussitôt qu'un de ses oncles s'était pendu à 26 ans,1 mois avant son mariage. La mère de Roland redouble d'agressivité à l'égard de celui-ci. Elle l'accable de corvées, de punitions et de corrections, le prive de nourriture et entrave sa scolarité, tout ceci en prétextant sa ressemblance au père.

Lassé de ces mauvais traitements, deux ans après le décès du père, Roland exprime l'idée d'aller le rejoindre et tente de se pendre dans un bois. Faute de corde, il se pend avec un cable électrique qui cependant se rompt. L'enfant rentre le cou tuméfié. Un cadet alerte sa mère, qui pour tout traitement donne une correction. Un voisin prévient la sous-préfecture qui fait retirer l'enfant immédiatement. Une procédure en déchéance est engagée contre la mère.

Lors de l'hospitalisation, Roland a un comportement normal, il est gentil et calme. On conseille pour lui un placement familial. Il y exercera des fonctions de domestique agricole puis exprimera spontanément d'apprendre le métier de carreleur en formation professionnelle accélérée.

- Jean P..., 12 ans Q.I. 85

Jean,le premier de deux enfants, très mauvais milieu familial, est placé chez sa grand-mère jusqu'à l'âge de 6 ans. Il fait des colères fréquentes et est en rivalité avec son frère. Sa scolarité est médiocre, mais en relation avec son niveau mental (10 ans d'âge mental). Il exprimait souvent des idées de suicide. A 11 ans, il absorbe du poison mais l'effet ne sera pas suffisant pour entraîner l'hospitalisation. Un an plus tard, il fait une tentative de suicide par le gaz. Les pompiers le trouvent inanimé dans la cuisine. Durant l'hospitalisation, il exprime le désir de récidiver à travers des affabulations morbides : il aurait trois amis en maison de correction à la suite de tentatives de suicide ; dès sa sortie, ses amis s'évaderont pour lui permettre de recommencer.

Le diagnostic posé par le Professeur Heuyer est celui d'accès mélancoliques dus à un complexe d'infériorité entretenu par un mauvais milieu familial. Il préconise la séparation d'avec les parents.

En conclusion, refus de s'alimenter, blessure contre soi-même, poursuite d'actions dangereuses, sont des modalités du passage à l'acte plus ou moins élaborées et plus ou moins verbalisées. Tout se passe comme si cette tendance auto-destructrice était d'autant mieux contrôlée que l'enfant est capable d'en faire la narration.

Bon nombre d'enfants n'ont pas la possibilité d'exprimer leur détresse, tant en raison de déficits instrumentaux ou de leur âge, que du fait de l'absence d'audience. Il faut par voie de conséquence être particulièrement vigilant et accepter que certains actes aient une signification suicidaire, même si l'idée nous en est insupportable.

Cependant, si ces formes abandonniques, ludiques et accidentelles nous semblent caractéristiques du suicide junévile, il faut en revanche se garder de considérer toutes les affections psycho-somatiques, tous les accidents, toutes les auto-mutilations comme des équivalents-suicides.

---*---*---

CHAPITRE TROISIEME : LES FONCTIONS DU SUICIDE INFANTILE

LES FONCTIONS DU SUICIDE.

La notion de fonction du suicide a été développée par Stengel et reprise ensuite par différentes équipes et en particulier par A. Hain.

A notre avis cependant, déterminer les fonctions du suicide de l'enfant comporte bien des difficultés et ceci en raison d'une triple ambiguïté :

- définir une fonction, c'est en quelque sorte donner valeur de langage à ce qui justement est un non-langage. En effet, la conduite suicidaire est précisément la conséquence d'un trouble de l'élaboration et en particulier de l'élaboration verbale : c'est un acte et non un symbole et cet acte témoigne "d'une position archaïque au niveau du pré-langage dans la relation d'objet".

- définir une fonction c'est faire un choix parmi tant de significations possibles souvent intriquées en tentant d'éliminer les rationalisations contenues dans le discours du suicidaire et en faisant la part de nos propres défenses. Cette démarche est particulièrement ambiguë puisqu'elle consiste à ne pas retenir une partie du discours du suicidant pour y superposer le nôtre.

- définir une fonction, c'est enfin tenir compte du fait que le "suicidant effectue pratiquement toujours son geste par rapport à autrui" comme l'a affirmé Vedrinne. Mais il faut savoir que cet autre n'est pas l'autre réel mais l'autre fantasmé sur lequel le suicidaire a projeté des données archaïques procédant de l'introjection.

Mais s'il était important de poser ces prémices, il nous paraît cependant essentiel d'essayer de déterminer les fonctions du suicide juvénile. Nous nous référerons pour ce faire à la notion de dualité mis en lumière par Stengel : "le processus suicidaire serait un Janus bifrons avec une face dirigée vers la destruction et la mort et l'autre

vers le contact humain et la vie". C'est ainsi que nous distinguerons les fonctions représentant la tendance de mort et celle représentant la tendance de vie.

A/ LES FONCTIONS REPRESENTANT LA TENDANCE DE MORT.

Participent de cette fonction tous les actes suicidaires qui sont pour l'enfant un moyen de vivre dans le réel des fantasmes de punition ou d'agression. Nous distinguerons donc à ce niveau deux fonctions différentes selon que le but recherché sera la mort de soi-même ou la mort d'autrui.

1 - RECHERCHE DE SA PROPRE MORT EN TANT QUE DÉSIR D'AUTO-PUNITION.

Nous verrons à travers les observations qui vont suivre que ce besoin d'auto-punition correspond dans la majorité des cas, chez l'enfant, à une culpabilité oedipienne vive. Le suicide est alors l'occasion de vivre dans le réel l'angoisse de castration fantasmée. Cette angoisse ne sera bien évidemment jamais formulée d'emblée par l'enfant, mais elle apparaîtra dans les rêves, en cours de psychothérapie ou de tests projectifs. Par ailleurs, tout le vécu antérieur de l'enfant ne fera que confirmer l'existence d'une rivalité oedipienne rendue aiguë du fait des circonstances.

- Jean M..., 10 ans, Q.I. 95

Jean est l'enfant unique d'un ménage apparemment uni. Il est sujet à des colères, il est jaloux de sa mère et fait un médiocre écolier. Les fugues lui sont assez familières, il refuse de les motiver : il se dit poussé par une force. Deux fois de suite il est ramené par la police.

Après avoir fait trois fugues dans une même semaine, l'idée de suicide lui vient brutalement quand il vient à penser à l'accumulation des punitions scolaires. Il écrit à sa mère qu'il va lui faire de la peine mais qu'il vaut mieux qu'il se supprime ; il engage ses amis à se rendre au patronnage sans lui, se taillade les poignets et il coupe le tuyau du gaz. Il est sauvé par l'intervention de la police, l'odeur du gaz ayant alerté les voisins.

Au cours de la narcose, Jean évoque les châtiments corporels infligés à l'internat et précise qu'il n'aime pas être battu. Le père dont le comportement est ambigu puisqu'il doublait parfois les punitions du maître, confirme les dires de l'enfant et dénonce le nombre invraisemblable de lignes distribuées par le maître. Aux tests de niveau Jean ne paraît pas donner toute sa mesure, il accuse un retard scolaire assez important.

Cliniquement, il fait état de terreurs nocturnes, rêve fréquemment d'une chute dans un puits ou d'une arme à feu qui le menace au ventre. A ce sujet, sa mère en le mettant au fait de la sexualité, le menace de castration.

Il contracte un érythème noueux suivi de pleurésie à l'hôpital et il est envoyé en établissement climatique.

- André L..., 12 ans Q.I. 98

La situation familiale que connait André est complexe. Son père, au demeurant enfant posthume par le fait de la guerre de 1914, obsessionnel, est rentré de captivité en 1944 avec une Allemande déjà mère d'un enfant naturel. Il l'épouse et a d'elle deux enfants dont le petit André. La cohabitation de la mère et de la belle-mère est dans ces conditions fort difficile et conduit la première à faire une tentative de suicide par pendaison. Cette dernière semble avoir déclenché chez André des troubles du comportement à type d'auto et d'hétéro-agressivité, qui sont bientôt suivis de trois tentatives de suicide, deux par ingestion médicamenteuse et la dernière par noyade.

Fait remarquable, chacune de ces tentatives de suicide a été précédée d'un vol. On sait d'ailleurs que le père ne donnait à l'enfant aucun argent de poche.

L'observation clinique note l'aspect profondément dépressif d'André. Les tests projectifs ne mettent en évidence que l'immaturité de la personnalité, sans trouble névrotique structuré. Il semble qu'André se punisse d'avoir volé quelque chose au père.

- Gérard B..., 8 ans Q.I. 100

Troisième de trois enfants, Gérard n'a retrouvé son père parti en captivité qu'à l'âge de cinq ans. Il semble d'ailleurs que ces retrouvailles se soient passées dans l'angoisse, en tout cas pour le père qui craignait de paraître diminué et de ne pas être aimé de son fils. Pendant les cinq premières années de sa vie, Gérard a été entouré de l'affection de sa mère, de sa grand-mère, et de sa soeur aînée à laquelle il reste très attaché. L'observation note encore que la famille avait été bouleversée deux ans avant la naissance de Gérard par le décès de son frère de poliomyélite à l'âge de 27 mois. Depuis le retour du père, on ne note aucune modification importante du comportement de Gérard, si ce n'est des relations un peu tendues avec son père.

A la suite d'une sévère semonce du père au sujet d'un vol que Gérard aurait effectué à l'école, il tente de se défenestrer du cinquième étage, on ne le rattrape que de justesse. Il faut remarquer que la soeur s'était jointe au père pour le traiter de voleur.

Cliniquement, Gérard est un enfant intelligent, généreux et affectueux, son geste est qualifié d'acte impulsif. Il est dirigé vers le centre d'observation de Vitry.

- Max K..., 10 ans ½

Enfant unique dont le père est pointilleux, rigide, obsessionnel et la mère affectueuse mais débordée. Il a une scolarité normale, en rapport avec son niveau intellectuel. Il pratique des rituels au coucher, particulièrement tenaces, puisqu'à 14 ans encore, il n'admet de se coucher que dans le lit de ses parents qui doivent encore le transporter tout endormi dans son lit, où il est assailli par des terreurs nocturnes et des cauchemars.

Le début des difficultés se place au moment de l'exode : l'enfant part avec sa mère ; ils restent sans nouvelles du père, pour apprendre ensuite qu'il a été gravement blessé. A leur retour à Paris, l'enfant fait sa première tentative de suicide par défenestration, qui sera suivie de deux autres tentatives du même type. Par la suite et jusqu'à l'âge de 15 ans, il profère des menaces hétéro-agressives à l'adresse de ses parents et brandit même un couteau de cuisine.

Le père demande à la suite de l'une de ces scènes, son placement dans un institut spécialisé.

- Jacques S..., 9 ans Q.I. 120

Jacques est l'enfant naturel d'un brillant avocat, marié et d'une assistante sociale. Bien qu'il vienne le voir tous les jours, Jacques déteste son père et le juge très sévèrement. Il se montre très jaloux de lui vis-à-vis de sa mère. Au cours de ses violentes colères, il menace fréquemment de se suicider, ce qui agace son père qui le met au défi. Jacques rétorque : "c'est bien la preuve que tu ne m'aimes pas". Son thème favori est celui de la fugue qui s'achève sous les roues d'une voiture. Il aurait effectivement accompli une tentative en ce sens. Il aime en outre jouer avec le feu.

- Pascal G..., 11 ans Q.I. 88, 88, 87.

Pascal est le second de trois enfants nés d'un père alcoolique et d'une mère dépressive, peu équilibrée et débordée par les problèmes éducatifs. Divorcée, elle se remarie avec un ingénieur et qui accepte bien les enfants. Pascal a connu dès l'âge de huit ans des problèmes d'adaptation soclaire s'accompagnant d'une tendance à l'isolement.

A onze ans, alors que l'opposition scolaire est absolue, il absorbe plusieurs comprimés de barbituriques, ce qui entraîne un jour un coma. Pascal a accompli son geste à la suite d'une réprimande de sa mère, relative à de mauvais résultats scolaires.

Cliniquement, il n'est ni dépressif, ni anxieux, mais se montre très impulsif et turbulent ; ses réactions sont très infantiles, témoignant d'un important retard affectif. Aux tests projectifs, il adopte une curieuse attitude : il interprète à l'avance ses dessins et tient à se déculpabiliser vis-à-vis de ses censeurs : "je n'ai pas fait de bras à mon papa, vous allez sûrement dire que je ne l'aime pas, et pourtant, je l'aime autant, et même plus que ma maman. J'aime aussi beaucoup mes petits frères". Son agressivité à l'égard de son père entraîne chez lui, sentiments de culpabilité et besoin d'auto-punition.

Le tentative de suicide peut être ici interprétée comme satisfaisant ce besoin d'auto-punition ; la faute scolaire était une forme d'agressivité tournée contre le père, le beau-père en l'occurence. Les tests projectifs révèlent en outre le besoin régressif d'attirer l'attention de sa mère, comme en témoignent les céphalées particulièrement rebelles qu'avait présenté l'enfant quelques mois avant sa tentative de suicide. Au dessin de la famille, il s'isole en haut de la page et, là encore, interprète : "je me suis mis en haut parce que maman dit toujours qu'il faut se mettre en dernier et parce que je voulais me mettre, ni à côté de papa, ni à côté de maman".

A onze ans, alors que l'opposition scolaire est devenue absolue et qu'il présente depuis plusieurs mois des bizarreries de comportement et des céphalées tenaces, Pascal absorbe un jour plusieurs comprimés de barbituriques, ce qui entraîne 24 heures de coma. Son geste fait directement suite à une sévère réprimande de sa mère au sujet de ses résultats scolaires. Le traitement conseillé est celui d'une psychothérapie en hôpital de jour.

- Eric M de L..., 11 ans Q.I. 110

Eric est un enfant unique élevé par deux femmes : mère et grand-mère qui, l'une comme l'autre s'efforcent d'anihiler le pouvoir du père : il manque d'hormones dit la mère, lui attribuant ainsi la responsabilité de l'absence d'autres enfants, tandis que la grand-mère affirme qu'elle a été déçue par un gendre qu'elle qualifie de vulgaire.

Eric est ainsi un enfant tyrannique, mauvais élève, opposant, maniant couramment la menace de suicide jusqu'au jour ou sans raison apparente, il avale un tube de Melleril. Il aime expérimenter, dira sa mère sans émotion à la suite de son acte, d'ailleurs je me garde bien de lui parler des questions sexuelles ajoute-t-elle, il voudrait mettre en pratique !

Cliniquement, Eric est un enfant légèrement dysharmonieux, angoissé, immature, dépressif. Les tests projectifs mettent en évidence de gros problèmes d'identification virile et une culpabilité oedipienne très vive.

Dans d'autres cas plus rares, le besoin de se punir est une manière de se déculpabiliser d'une agressivité diffuse et non plus dirigée sur le seul rival oedipien.

- Corinne B..., 7 ans Q.I. 85, 87, 85

Le père et la mère de Corinne ont des tendances dépressives. Depuis la guerre d'Algérie, il ne dort plus. Quant à elle, issue d'un milieu familial dissocié, elle a déjà à deux reprises tenté d'attenter à ses jours, dans le but avoué d'attirer l'attention sur sa personne. Elle se reconnait en sa fille et ceci fait naître en elle des sentiments de crainte mêlés d'admiration.

Après une période d'agressivité envers la mère et envers son frère qu'elle menaçait d'un couteau, Corinne se retourne contre elle-même quand une grave maladie vient atteindre son jeune frère.

A la moindre frustration, elle menace de se suicider. "Si tu ne viens pas me chercher, je me jette sous une voiture..." jusqu'au moment où au paroxisme d'une crise, elle tente de se stranguler avec la ceinture de sa robe de chambre.

Cliniquement, il s'agit d'une enfant assez maniérée, se complaisant dans les histoires de fées, de Cendrillon en particulier. Elle raconte volontiers qu'elle a été victime d'un sadique. On note un blocage scolaire total. Les tests projectifs révèlent que la situation triangulaire n'est pas intégrée, le couple parental est très mal situé, le père est soit absent, soit menaçant. Il existe un besoin de sécurisation affective, entraînant une fixation agressive à la mère. Le frère est vécu comme un rival.

- José D..., 10 ans Q.I. 88, 114, 101

Enfant placé en nourrice jusqu'à l'âge d'un an, puis en préventorium de 5 à 6 ans, il connait des difficultés au retour. Il fait preuve d'instabilité, fait de nombreuses colères et des manifestations d'auto et d'hétéro-agressivité à l'égard de sa mère qu'il frappe. Il blesse ses camarades à coup de plume et met à mal des animaux domestiques. Par contre, il se montre affectueux avec son petit frère et les petits enfants "car on peut les embrasser". Par contre, il juge ses parents trop sévères, méchants, surtout sa mère. Il parle de la mort sans arrêt, oblige ses camarades à se coucher sous les voitures.

Au cours d'une colère, il s'étrangle jusqu'à en devenir pâle.

Cliniquement, il se présente comme un enfant triste, malheureu renfermé. Au Rorschach, il fait preuve d'un blocage intense. Au test de Patte Noire, il a peur de grandir, il montre un vif attachement à l'image maternelle et un certain malaise dans le milieu familial qui alimente le thème de la fugue. Dans l'ensemble, on dénote une personnalité très immature, adoptant des comportements régressifs et faisant preuve d'une agressivité très culpabilisée.

N.B. _ Très gros retard scolaire et difficultés psychomotrices.

---

2 - RECHERCHE DE LA MORT OU DE L'AGRESSION D'AUTRUI.

Il faut entendre par là que certains actes suicidaires d'enfants peuvent avoir une signification d'agression, mais ce n'est pas à l'autre réel que s'adresse ce geste, mais à l'autre en tant qu'objet introjecté.

Claire a de mauvais parents, et c'est bien à eux qu'elle s'adresse quand elle tente de s'agresser. L'introjection est tellement parfaite qu'on ne sait plus très bien qui est mauvais des trois.

- Claire S..., 10 ans Q.I. 102

Claire paraît évoluer dans un milieu pour le moins contraignant et punitif. En effet, elle porte des traces de brûlures provoquées par les coups de tisonnier que lui a infligé son père. Elle dit d'ailleurs volontiers que celui-ci ne cesse de la frapper, par contre il semble bien qu'elle s'arrange pour attirer sur elle toutes sortes de sévices. Claire raconte comment, par exemple, elle a uriné au lit trois samedis de suite alors que ce jour est précisément celui où ses parents se trouvent à la maison.

Depuis quelques mois, Claire menace de se suicider. Récemment à la suite d'une de ces menaces, elle s'est renfermée dans les toilettes pour y accomplir son geste. Il a fallu défoncer la porte pour mettre fin à cette situation.

La conclusion de l'observation porte : chantage au suicide, pythiatisme.

Michel connaît le drame de la dissociation familiale, sa tentative s'inscrit dans un contexte d'opposition. On peut penser qu'il désire par là agresser ses mauvais parents, les estimant responsables du conflit.

- Michel G..., 9 ans Q.I. 102

L'hérédité de Michel est lourde : les familles du père et de la mère ont en commun le même fond dépressif, voire psychotique. L'idée de suicide est familière. On en parle sans cesse. De fait, une grand-tante paternelle, très excitée, a fait des tentatives multiples, un grand-oncle était tout à fait désadapté ; du côté maternel, le grand-père est déprimé, commet des vols, s'engage dans la légion, disparaît.

Le conflit est total, physique et moral, entre le père et la mère. Le divorce est souvent envisagé, mais non engagé. La mère parle avec amertume des naissances non désirées - Michel est le second de quatre enfants -, des fausses-couches, des interventions qu'elles ont nécessitées. Elle se dit déprimée, elle exprime même des idées de suicide. Elle décrit son mari comme mauvais père, obsédé sexuel et neurasthénique.

Michel présente de tout temps des difficultés psychomotrices. Il est ambidextre, très maladroit, Il est par ailleurs énurétique. Son enfance a été émaillée de placements correspondants aux diverses hospitalisations de la mère. Il est jaloux de son frère aîné, agressif envers son père lors des conflits qui opposent les parents. Son comportement est difficile, il se livre à des exercices d'exhibitionnisme à la fenêtre de ses parents, chaparde, mais camoufle intelligement ses vols au détriment de ses parents. Il fait des colères très violentes.

Un jour, après en avoir lancé la menace, il fait une tentative de suicide en se passant une ceinture autour du cou. La mère le délivre en pleurant. Le père affirme être resté placide, persuadé que le geste de Michel n'était que démonstration.

Aux épreuves projectives, les histoires restent très pauvres. On note surtout des thèmes d'opposition et principalement à la mère qui ne fait que dresser des barrières face aux désirs de l'enfant. Une psychothérapie est conseillée.

B/ LES FONCTIONS REPRESENTANT LA TENDANCE DE VIE.

Nous distinguerons parmi celles-ci les fonctions de fuite, d'appel et celles qui procèdent d'un besoin de rejoindre un objet perdu auquel nous assimilerons les conduites d'imitation.

1 - LA FUITE.

Au maximum on peut considérer que toute conduite humaine est empreinte d'une signification de fuite dans la mesure où elle vise à supprimer un état de déplaisir. Ce qui va caractériser la fuite du suicidaire c'est le caractère massif et archaïque de cette souffrance qui exige qu'on y oppose la loi du tout ou rien.

Pour Christian, c'est apparemment l'école qui développe en lui une angoisse intolérable, mais n'est-ce pas bien plutôt la perte de la mère qui est tellement redoutée.

- Christian D..., 10 ans Q.I. 101

Christian est le puîné de deux enfants issu d'un ménage apparemment normal. La mère cependant névrosée et frigide, domine un mari fallot. L'hérédité maternelle est très lourde : on relève trois suicides qui furent le fait de l'arrière grand-mère, de la grand-mère et d'une tante. La mère elle-même a été suivie pour idées de suicide et pour des mouvements choréo-athétosiques qui sont les séquelles d'une maladie de Sydeneam. D'autre part, le grand père paternel est un éthylique interné.

Dès l'âge de trois ans Christian devient opposant, coléreux et jaloux de son frère. A six ans, il développe une phobie scolaire telle qu'il menace de se suicider "j'ouvrirai le robinet du gaz" si l'on veut le contraindre à se rendre à l'école. Ses menaces n'ont guère de chances de se réaliser : les parents cèdent au désir de l'enfant qui reste ainsi seul une grande partie de la journée. Il met trois ans à apprendre à lire. On apprendra plus tard, lorsqu'il aura 16 ans,

qu'il a échoué trois fois au C.E.P. et qu'il n'a pour le travail que répulsion. Il désire seulement avoir un "métier agité" dont il laisse le choix à sa mère. Son frère au même moment deviendra caractériel.

Affectueux avec ses parents, il marque cependant un certain mépris pour son père quand celui-ci n'est pas en uniforme.

Tel ou tel redoute qui la punition, qui la corvée, qui la correction, mais on voit se profiler derrière cette peur une angoisse bien plus profonde qui par un mécanisme de déplacement s'est fixée sur un fait bien bénin.

- Raymond D..., 12 ans, (27 Juillet 1958) Q.I. 113, 115, 116

Raymond est aujourd'hui un enfant unique mais la famille vit encore dans le souvenir de sa soeur décédée à l'âge de treize mois. La mère est dépressive, en profondeur assez intolérante à l'égard de son fils, alors que le père, en apparence assez rigide, entretient en fait avec Raymond des relations assez chaleureuses. L'entente du couple paraît assez superficielle.

L'allure de la tentative de suicide est en apparence tout à fait accidentelle. En peignant des modèles réduits dans sa chambre, Raymond met le feu, essaie vainement de l'éteindre et s'enfuit par crainte de la punition. S'apercevant qu'il n'a pas ses papiers d'identité, il regagne l'appartement, constate les progrès de l'incendie et se taillade les veines dans l'intention de mourir. En fait, cet épisode survient alors que Raymond depuis quelque temps, est en pleines difficultés sur le plan familial et scolaire.

Cliniquement, il est dépressif, rêveur, inhibé. Les tests projectifs révèlent une sexualité riche, très investie, alimentant une vie imaginaire intense, qui lui apporte compensation et défense. On note de nombreux mécanismes obsessionnels s'intriquant à des expressions de type caractériel. L'évolution semble confirmer le diagnostic.

Raymond devient de plus en plus difficile avec sa mère et l'on observe des passages à l'acte fréquents.

- Viviane B..., 12 ans Q.I. 110, 107, 109

Viviane est née d'un milieu socialement défavorisé. Son grand-père est mort victime d'éthylisme. Son père et sa mère boivent et vivent dans des conditions matérielles défavorables et très précaires. Ces difficultés de la fillette paraissent dater de sa toute première enfance. A l'âge de seize mois, après qu'elle ait été placée au Dépôt pendant la naissance de sa soeur, elle manifeste une violente jalousie à l'égard de celle-ci. Elle est décrite à l'âge de 7 ans comme instable et agressive. Mais les difficultés sérieuses ne commencent qu'à la douzième année. A la suite d'une fugue prolongée, elle est placée au Bon Pasteur, d'où elle s'échappe à cinq reprises.

Elle mène au demeurant ses fugues avec astuce, courage, audace et persévérance. Rendue à sa famille, Viviane se lasse vite des travaux ménagers et un jour, fatiguée de faire la vaisselle, elle absorbe des comprimés d'Equanil.

Cliniquement, Viviane est une pré-adolescente marquée d'une immaturité affective si l'on tient compte de son âge physique. Elle ne présente pas d'anomalies psychiatriques graves.

Aux tests projectifs, on ne relève pas de véritables signes pathologiques. L'enfant extériorise des sentiments de solitude au sein de la constellation familiale. Les relations du couple parental sont très perturbées, le discours de l'enfant fait large place à des thèmes brutaux inspirés par le père qui rentre à la maison dans un état aussi lamentable qu'habituel. Il semble que les troubles de l'enfant soient essentiellement réactionnels aux mauvaises conditions du milieu familial. On concluait à une tentative de suicide banale et impulsive.

- Jean-Claude B..., 7 ans Q.I. 101

Le milieu familial n'est pas commun. Le père, garde-barrière, s'est jeté sous le train alors que Jean-Claude avait quatre ans. Celui-ci reste d'autant plus impressionné que le thème du suicide est largement développé en famille. La mère, débile, a connu il y a peu, trois accès dépressifs. Les trois tantes vivant au foyer sont toutes à des degrés divers mélancoliques, l'une d'elles sort d'ailleurs de Clermont.

Jean-Claude est un enfant coléreux, il exprime lui aussi très fréquemment des idées de suicide qu'il rapproche des circonstances de la mort de son père. A la suite d'une colère, et alors qu'il est menacé d'une correction par sa mère, il se jette dans le Grand Morin. Sa mère le ramène à la berge, ce qui déclenche une grande crise de nerfs.

Cliniquement, il se montre inquiet et anxieux et adopte un parti pris de dénégation et dit s'être jeté à l'eau par peur de la correction. Le T.A.T. est très pauvre, l'enfant s'étend peu sur les relations familiales, cependant le père est très souvent évoqué en compagnie de son fils. La solution retenue est le placement en internat simple.

On rappellera ici que malgré la futilité du motif déclenchant, il est de ces actes qui aboutissent à la mort, ce qui atteste s'il en est encore besoin de la profondeur de l'angoisse sous-jacente. Nous rappellerons ici le cas précédemment cité de cet enfant de 10 ans qui s'est tué d'un coup de révolver pour échapper à une punition qu'il pensait mériter.

Par extention, nous citerons ici les cas d'enfants qui se trouvent confrontés à la maladie ou à une infirmité. Faute d'avoir les moyens d'organiser des défenses élaborées du fait habituellement de mauvaises conditions familiales associées, leur seul recours est la fuite.

- André J..., 10 ans Q.I. 70 environ

Second de huit enfants, André est atteint d'une tare héréditaire comportant division palatine et surdi-mutité. Dans la fratrie on note une cardiopathie et une autre surdité. Dès l'âge de deux mois, il est l'objet de placements répétés et multiples, tant pour des raisons médicales et familiales, liées entre autres à l'instabilité professionnelle du père. A l'âge de deux ans, André contracte une méningite à toxoplasmes à la suite de laquelle il fait plusieurs crises convulsives. Un E.E.G. révèle un foyer épileptogène rolandique paramédian droit.

A l'âge de quatre ans, il consulte pour auto et hétéro-agressivité. Six ans après, il tente par deux fois de se défenestrer. Les tests de niveau intellectuel donnent des résultats très hétérogènes. L'évolution intellectuelle paraît gênée, tant par de grosses difficultés perceptivo-motrices que par un grand infantilisme dû à une fixation à l'égard de sa mère et entraînant une inadaptation à des situations sociales nouvelles.

On a conseillé le placement spécialisé.

- Maurice N..., 11 ans 3 mois Q.I. 61

Maurice n'a pas été gâté par la nature ni par l'histoire. Dès 9 ans, il dut consulter un spécialiste pour une atteinte des yeux d'origine infectieuse qui s'achève par une cécité quasi-complète à un âge non mentionné.

La famille est riche de 7 enfants. Maurice, le quatrième, a une soeur jumelle dont il est d'ailleurs très jaloux. D'origine italienne et installée en Algérie, la famille quitte ce pays en 1956 et cherche abri en France chez la tante de Maurice : on vivra là, à plus de vingt dans le même logement. Les parents sont connus pour être peu coopérants et revendiquants.

Dans ces conditions difficiles, les contrariétés poussent Maurice à des colères clastiques et à des gestes destructeurs. Il doit être conduit à l'hôpital pour une plaie longitudinale de 8 cm. à l'avant-bras. C'est dans ce contexte que surviennent deux tentatives de suicide par défenestration.

Les tests projectifs mettent en évidence une profonde insatisfaction due tant à ses déficiences physiques qu'à de grandes frustrations affectives. Par la suite, il connaîtra placements en I.M.P. et en classes spécialisées pour amblyopes.

- Jean-Pierre M..., 11 ans Q.I. 97, 98, 97

Jean-Pierre est le dernier de 7 enfants dans un ménage normal où le père cependant est autoritaire et punitif et la mère faible de caractère. La tuberculose de celle-ci conduit à placer l'enfant à de multiples reprises. Depuis, Jean-Pierre s'est toujours montré particulièrement difficile et il est même renvoyé de l'école maternelle.

Après un placement récent chez sa soeur aînée, il manifeste dès le retour chez ses parents, une aggravation très nette de ses troubles du comportement. Il recule de deux classes, il est renvoyé sept fois de l'école. Il parle souvent de se tuer et affirme qu'il est fou. Il a l'impression que ses parents préfèrent ses soeurs. Il déteste l'école où l'on se moque d'ailleurs de son strabisme.

A la suite d'une colère, il se saisit d'un couteau et fait le geste de se frapper, puis menace sa mère qui veut le désarmer. Quatre jours après, au cours d'une nouvelle colère, il se précipite par la fenêtre mais se retient à la rembarde. Deux jours après, il récidive et reste plus d'une heure sur le rebord de la fenêtre.

On ne dispose pas à son sujet ni de résultats de tests ni d'indications relatives au traitement préconisé.

- Daniel G..., 10 ans Q.I. 87

Daniel est le troisième de quatre enfants au sein d'une famille chaleureuse. Il semble que l'éthylisme ne compromette pas le climat familial. On note dans ses antécédents lointains le suicide d'une arrière grand-mère et la neurasthénie à tendance hypocondriaque de la grand mère paternelle. Daniel a un développement normal jusqu'à 8 ans.

Il est alors victime d'un accident dans la rue, sans gravité. Quelques quatre mois plus tard, il est sujet à des crises de tics très pénibles : grognements, flexion des membres et du tronc. Ces crises sont déclenchées surtout par les contrariétés. Bientôt il refuse d'aller en classe afin d'échapper aux moqueries. Au cours de petits heurts familiaux, Daniel parle souvent de suicide. Il est très attiré par l'idée de la mort.

A la suite d'une dispute avec sa soeur, celle-ci ferme la porte à clef. Daniel passe par la fenêtre et se suspend par les bras à l'appui. Il est également question d'une histoire de camion, mais qui n'est pas développée dans le dossier.

Cliniquement, il présente un comportement normal, se montre très attaché à ses parents, essaie de banaliser. Aux tests projectifs, on observe les mêmes faits : les histoires sont banales, il s'abstient d'évoquer les conflits. Il y a cependant deux récits où l'enfant se sauve de chez lui par peur de ses parents. Il a un retard scolaire important, en relation avec une dyslexie. Le diagnostic est celui d'anxiété à tendance hystérique. On conseille une psychothérapie. Trois ans après, après une amélioration passagère, Daniel est repris par ses tics, après une chute d'un arbre ayant entraîné une perte de connaissance.

Le cas de Marco qui voit son père amoindrit par la maladie nous paraît relever du même processus.

- Marco S..., 11 ans Q.I. 110

Second de trois enfants, Marco est élevé par ses parents, avec ses soeurs, dans un foyer uni sans aucun problème, jusqu'à sa dixième année. Mais depuis un an, son père souffre d'une tumeur de l'hypophyse, s'accompagnant d'acromégalie et d'une modification très importante de son caractère. Il est devenu à ce point violent qu'il doit être interné.

Les troubles de Marco sont contemporains de la maladie de son père. Son rendement scolaire s'effondre, il se met à jouer avec le feu, fait de nombreuses colères et on le retrouve aggripé à la rembarde de la fenêtre. Il frappe encore violemment ses soeurs.

L'observation de l'époque note une disposition paranoïaque et une jalousie morbide à l'égard de ses soeurs. Un placement spécialisé est demandé.

---

2 - L'APPEL

Là encore il convient de remarquer combien sont nombreuses les conduites infantiles ayant signification d'appel, mais c'est à la suite de celles-ci quand elles n'auront pas été entendues, que surviendra la tentative de suicide. Cette fois ce sera un appel dans le vide s'adressant à un autre déréel, cet autre internalisé que nous avons déjà évoqué.

Nous retrouverons là les cas d'enfants carencés affectivement dans la réalité ou dans le fantasme. André, Marc, Dominique, Muriel, sont ou pensent être supplantés dans le coeur de leur mère par un frère ou une soeur.

- André S..., 12 ans Q.I. 92, 95, 93

Les parents d'André sont désunis. Le père est parti alors qu'André n'avait que 4 ans, en emmenant le second fils, Jean-Claude. Le père était dépressif. La mère anxieuse, dépendante, infantile. Le beau-père est fallot. André à connu un placement nourricier jusqu'à l'âge de deux ans. Sa scolarité est médiocre et il manifeste une certaine agressivité vis-à-vis de l'instituteur.

Son frère cadet est rendu à sa mère alors qu'André à onze ans. D'emblée, celui-ci dit à sa mère : "débarrasses-toi de Jean-Claude ou je m'en vais". Depuis il sollicite sans cesse l'attention de sa mère. "Je vais me suicider et tu verras, tu pleureras.." "Je te dis que je suis malade et tu ne fais pas attention..." jusqu'au jour où il absorbe un flaçon de Valium.

Lors de l'hospitalisation, il manifeste sans cesse un besoin de valorisation et revendique l'affection de sa mère. "Elle est plus gentille avec mon frère". Ses sentiments paraissent très ambivalents, tant envers son père qu'envers son beau-père. Aux tests projectifs du T.A.T. et de Patte Noire, il exprime une revendication de type oral en face de l'image maternelle, perçue comme rejetante, et vis-à-vis du père, un désir d'identification. Face à la fratrie, une aspiration à être le plus jeune, celui que l'on préfère. Au total c'est une personnalité très immature, présentant une intolérance aux frustrations. Celles-ci déclenchent des comportements agressifs liés à un besoin d'autopunition.

Placé en I.M.P. pour caractériels, il obtient le C.E.P. Trois ans après la tentative, il va bien et apprend chez lui le métier de maquettiste.

- Marc L..., 9 ans

Enfant abandonné par sa mère à l'âge de deux mois, Marc est élevé par son père jusqu'à 5 ans. Celui-ci se remarie. Mais tout se passe à peu près bien pour l'enfant jusqu'à la naissance d'un demi-frère. L'enfant devient de plus en plus irritable, coléreux, et huit mois après la naissance, fait une première tentative de suicide par défenestration : sa belle-mère ayant menacé de donner son petit chat pour le punir d'avoir griffé son frère. Un deuxième essai de défenestration intervient quatre jours après à la suite d'une nouvelle menace de la belle-mère, qui parle de l'abandonner pour partir avec son frère. Durant l'hospitalisation, on est frappé par l'importance de l'élément dépressif : l'enfant se montre triste, inhibé et exprime spontanément l'idée que sa mère préférant son frère, parlait de le placer.

L'impression clinique est confirmée par les tests projectifs : état névrotique peu structuré exprimé sous forme caractérielle, état dépressif net avec réactions suicidaires. A la sortie de l'hopital, Marc est en fait rejeté par la mère - qui demande quinze jours après le placement de l'enfant - Marc doit être hospitalisé une nouvelle fois pour fugue et manifestations psycho-somatiques (vomissements). Le père est dépassé et la mère foncièrement rejetante.

- Dominique H..., 12 ans $\frac{1}{2}$ Q.I. 132, 136, 134.

Elevé jusqu'à l'âge de huit ans par son oncle et sa tante qui le choyaient, il garde la nostalgie de cette période. Dominique avait cependant connu des épisodes d'énurésie diurne et d'encoprésie. Depuis le retour au foyer, il a l'impression qu'on lui préfère sa soeur et se montre agressif, il blesse un camarade qui perd un oeil, il est coléreux et l'on note une nette chute du rendement scolaire.

La tentative de suicide par ingestion de comprimés de Mogador ayant servi à traiter l'état dépressif du père, survient en pleine période de mésentente familiale, après que sa mère lui eut administré une correction.

A la suite de cet événement, Dominique fait trois fugues en direction du domicile de sa tante. Au Rorschach et au T.A.T., on note un type phobique de la personnalité avec essai de défenses obsessionnelles et avec d'importantes difficultés relationnelles. On préconise un retour au foyer de l'oncle et de la tante et une psychothérapie.

- Muriel V..., 10 ans Q.I. 90, 99, 101

Le milieu familial est assez perturbé. Le père aurait été alcoolique mais paraît très affectueux avec l'enfant. La mère est paranoïaque, à la limite du délire et sera internée à deux reprises à Villejuif. Très revendiquante à l'égard de son mari et profondément rejetante vis-à-vis de sa fille.

Muriel présente des difficultés alimentaires du jeune âge et des épisodes régressifs à la naissance de ses frères et soeurs (elle est la seconde de quatre enfants). Les parents divorcent alors que Muriel a tout juste sept ans. Ses problèmes s'aggravent. Elle devient opposante, agressive, elle tente de se suicider en dévissant le robinet du gaz. Sa mère la fait placer dans un institut pour débiles mentaux. A son retour, elle redouble d'agressivité vis-à-vis de ses frères et se livre à des actes sadiques sur sa soeur. A deux reprises, elle essaie de se donner la mort en avalant le contenu d'un flacon de Melleril et en se tailladant le poignet et fait des fugues.

Lors de l'hospitalisation, elle se montre très craintive, déprimée mais sociable. Après une visite de sa mère, elle essaiera une nouvelle fois de se sectionner les veines : "j'en avais marre..." Son dessin est pauvre, il témoigne d'une grande immaturité affective, d'une grande anxiété et d'une quête d'affection.

Pour d'autres, la revendication affective est plus diffuse, conditionnée par de nombreux placements et la tentative de suicide est l'ultime appel qu'ils lancent à un autre depuis longtemps inexistant.

- Laure B..., 10 ans Q.I. 83, 96, 88.

Laure a été l'objet de placements particulièrement nombreux et divers : grands parents, aérium, hôpital ont veillé sur sa plus jeune enfance car le milieu familial est dissocié, la mère représentant commercial est en constants déplacements en province et le père est parti.

L'enfant doit consulter dès l'âge de 7 ans pour difficultés scolaires et tendances à l'isolement. On la revoit trois plus tard, mal adaptée à l'internat où elle avait été envoyée, et présentant des troubles accrus depuis que sa mère projette de se remarier. Elle dort mal, a le sentiment que ses compagnes la persécutent, elle désire retourner chez sa mère et parle sans cesse de se tuer.Elle donne corps à cette menace en tentant de se défenestrer et de se jeter sous une voiture. Ses résultats scolaires sont très insuffisants, elle présente un retard moteur, des difficultés de latéralisation et une grande maladresse.

Sa mère refusant de la reprendre, elle reste à la pension, y est sujette à des crises psychogènes : accès de pâleur, pertes de connaissance.

- André C..., 12 ans Q.I. 60

André est un enfant non désiré, dont le père est hyperner-veux et la mère anxieuse et dépressive, très rejetante. Elle menace de se suicider si on ne place pas son enfant dans les délais les plus ra-pides.

Dès la naissance, André fait problème : anorexie grave avec altération sévère de l'état général qui contraint la mère à l'allaiter et nécessite son hospitalisation. Il présentait également des troubles du sommeil ainsi qu'une énurésie diurne, dont il ne se défera qu'à 11 ans. A la suite de nombreuses otites, dont il garde comme séquelle une légère surdité, il est placé successivement à l'hôpital, chez sa marraine et chez les parents de celle-ci. Au total, il se trouve être absent de la maison familiale de l'âge de quatre ans à l'âge de onze ans.

Sa mère le reprend alors... pour réclamer son placement trois mois après. Durant cette période, il se montre coléreux, refuse d'aller à l'école afin de rester avec sa mère et ne cesse d'agacer sa soeur "si gentille".

Les circonstances de la défenestration restent mystérieuses. Il fut retenu de justesse par sa soeur.

C'est un enfant aux yeux tristes et fuyant, à la parole rare, tétant ses deux index, présentant un tableau impressionnant de frustra-tion affective et de régression.

- Richard M..., 10 ans Q.I. 92

Richard est l'enfant naturel d'une femme intelligente mais pour le moins peu affectueuse. Son activité est dite mystérieuse, elle tire l'essentiel de ses ressources de la bienveillance d'un ami marié. Elle est froide et peu maternelle : dans les courts moment où Richard est avec elle, elle le bat et redoute même d'en arriver à le tuer.

Richard connait depuis sa naissance nourrices, orphelinats, aériums et internats. Sa mère estime qu'il présente des troubles carac-tériels depuis sa troisième année : n'ayant pas vu sa mère depuis trois mois, il refuse ensuite de lui parler et cela pendant six mois. Il de-vient progressivement coléreux, destructeur et encoprétique, ce qui ne manque pas d'attirer les représailles de la mère. Il faut noter cepen-dant que deux notes pédagogiques le jugent affectueux, très attaché à sa mère et poli. En revanche le dernier établissement, où a lieu d'ail-leurs la tentative de suicide, fait sur lui un rapport très péjoratif et le décrit comme un forcené.

A la suite d'une violente colère, Richard tente de se jeter par la fenêtre après avoir parlé de fugue.

Cliniquement, il présente un net tableau de carences affec-tives. Il manifeste un goût exagéré pour les travestissements féminins et exprime le désir de devenir fille. La tonalité des tests est nette-ment dépressive. Une psychothérapie dans un établissement spécialisé est tout à fait souhaitable. Il reste 3 ans en I.M.P. Il est repris ensuite par sa mère et son état redevient catastrophique.

- Alain L..., 11 ans Q.I. 117, 92, 106

La mère d'Alain est divorcée, le beau-père est faible et inexistant, peut-être éthylique. Alain est placé en nourrice de 19 mois à 5 ans et bientôt il entre en rivalité avec sa soeur de dix huit mois plus jeune.

Gaucher contrarié, très maladroit, l'enfant rencontre des difficultés en calcul et en CM2, il supporte mal d'être toujours le dernier de la classe. L'idée de suicide germe dans son esprit depuis trois mois, particulièrement à l'école. Son instabilité croissante et ses colères depuis deux mois, vont d'ailleurs de pair avec la chute du rendement scolaire.

Alain profite d'une absence de sa mère pour absorber dix comprimés de Procalmadiol et dix autres d'Equanil qui provoquent douze heures de coma.

Durant l'hospitalisation, il exprime des sentiments ambivalents tant envers sa mère qu'envers le milieu scolaire : "maman est très gentille, au-dessus de la moyenne, mais elle n'est jamais là ... elle me punit pour des choses sans importance". Le maître lui paraît trop sévère, le bat, pourtant l'enfant a le désir de s'adapter à l'école.

Des tests sont pratiqués : Au Rorschach, allure névrotique et mécanismes obsessionnels apparaissent. Le T.A.T. met à jour de profonds conflits familiaux, qui entrainent des sentiments dépressifs et auto-punitifs. Une psychothérapie est prescrite, que refuse la mère. Deux essais de pension se soldent par des échecs et le renvoi. Mais mis en classe de perfectionnement par mesure disciplinaire, Alain en est affecté : "on m'a mis là pour se débarrasser de moi" et cette mesure ne fait qu'accroître son sentiment de rejet.

- Serge R..., 10 ans 10 mois Q.I. 106

Serge est le troisième de quatre enfants - la dernière est d'ailleurs une demi-soeur. Sa petite enfance a été marquée par la mésentente de ses parents. Son père, éthylique, se montrait souvent violent envers la femme et enfants. Après le divorce, Serge se trouve avoir un beau-père présentant de bonnes qualités affectives. Pourtant Serge fait un écolier médiocre malgré ses capacités intellectuelles. Ses colères de plus en plus fréquentes se terminent assez souvent par des menaces de suicide.

Il semble que la pendaison du voisin de sa grand-mère ait cristallisé cette tendance suicidaire et c'est pour un motif parfaitement futile que Serge se pend, à la suite d'une contrariété : son intention de jouer ayant été contrecarrée, il se pend au grenier à l'aide d'une tresse de laine. Il faudra pratiquer la réanimation.

Par la suite, il parlera avec détachement de son suicide et n'éprouve semble-t-il aucune crainte, même rétrospective.

Les tests projectifs sont dans l'ensemble assez pauvres, la personnalité est peu structurée et immature. On note cependant une grande revendication affective à l'égard des parents dont il attire l'attention même à travers des thèmes d'accident.

---

3 - LE BESOIN DE REJOINDRE.

Ceci paraît être bien caractéristique du suicide infantile en ce sens qu'il procède de la pensée magique de cet âge. Il s'agit pour l'enfant d'une part d'annuler la mort de l'autre, et d'autre part d'imaginer que la mort ne voudra pas de lui. Par ce double processus d'annulation, l'enfant tend à retrouver une situation perdue en restituant la réalité antérieure : le mort n'est pas mort et lui a récupéré une espérance d'immortalité.

- Georges P..., 9 ans Q.I. 96, 92, 93

Georges est né dans une famille où les cas dépressifs ont été nombreux : la grand-mère maternelle, la mère et le père. Celui-ci gardien de la paix a dû être mis à la retraite anticipée pour raison de santé. Les épisodes pathologiques de la mère ont valu à Georges au moins deux placements. De longue date, l'enfant présente des troubles du comportement et en particulier une agressivité prononcée à l'égard de sa soeur Nelly, elle-même caractérielle.

A la faveur d'une hospitalisation de la mère pour récidive d'état dépressif, éclate une dispute entre les deux enfants. Nelly conseille à son frère de prendre des médicaments pour rejoindre sa mère. il avale alors cinq comprimés de Tofranil et trois de Nembutal.

L'évolution est très défavorable. Georges devient de plus en plus agressif tandis que la soeur aînée, 15 ans, sur qui repose la maison, fait à son tour une tentative de suicide.

Deux ans après, alors qu'il est placé en I.M.P., Georges connait une altération plus prononcée de son comportement et tient fréquemment des propos incohérents.

Au Rorschach, sa personnalité est infantile mais paraît capable d'une adaptation satisfaisante. Au T.A.T. on note des conflits importants, tout principalement avec l'image maternelle, et une tendance à l'auto-punition pouvant nuire à son épanouissement.

- Gérard R..., 9 ans Q.I. 95

Gérard est l'aîné de deux enfants, placés dès sa naissance en nourrice en province, car sa mère, peu maternelle, ne désirait pas s'en occuper, bien qu'elle ne travaillât point. Elle ne connaît rien de leur développement, ni de leur scolarité : elle va passer une journée avec eux chaque année. Elle leur écrit peu et se contente d'envoyer un colis à Noël. Gérard connaît la même nourrice depuis huit ans, quand

sa mère décide de le placer ailleurs, prétextant qu'il est trop gâté et mal élevé. Elle recommande aux nouveaux parents nourriciers la sévérité. Gérard supporte très mal ce changement et parle souvent d'aller rejoindre sa mère. Suivi pas à pas par le père nourricier qui craint une fugue, il est pris d'une violente colère et court vers la voie ferrée qu'il traverse juste avant le passage d'un train, après avoir menacé d'une fourche la personne qui voulait le retenir.

Par la suite, il confirmera sa volonté de rejoindre sa mère et dira de son geste :"j'étais un peu maboule".

Gérard est un enfant présentant une carence affective. On conseille le retour au foyer mais l'enfant est confié à sa grand-mère puis mis en pension.

- Jeanine R..., 9 ans Q.I. 76

Jeanine est une enfant naturelle, tout comme son frère d'un an plus jeune. Son père meurt quand elle parviendra à l'âge de 18 mois. Sa mère, bonne à tout faire ne pouvant les garder, les confie à l'Assistance publique.

Un premier placement nourricier paraît de mauvaise qualité. Par contre, de deux à sept ans, elle est accueillie avec son frère dans un foyer équilibré, où tout se passe bien jusqu'à la maladie de la nourrice. Les enfants sont alors placés dans une maison d'accueil de la Préfecture. Pendant deux ans la mère continue de voir très régulièrement ses enfants, jusqu'au jour où, enceinte, elle interrompt ses visites.

Jeanine connait alors des accès de dépression et exprime fréquemment des idées de suicide. Elle urine à nouveau au lit. Un jour où les autres enfants recevaient la visite de leurs parents, elle tente de s'étrangler avec la ceinture de son pyjama. Le lien desséré laisse encore des marques. Elle dit : "alors je le ferai avec mes mains". Le soir même elle récidive avec la manche de son pull-over. Elle dit à une monitrice : "Mon parrain est mort, je vais faire pareil, je serai plus tranquille". A sa mère, elle dit qu'une de ses camarades l'aurait menacée : "Cette R..., je la tuerai", et elle ajoute aussitôt : "je n'ai pas attendu qu'elle le fasse, j'ai pris ma ceinture et je l'ai fait".

Un E.E.G. aurait révélé des signes de comitialité. Un second tracé ne montre aucun signe suspect, même aux épreuves de sensibilisation. De retour au centre, Jeanine manifeste à nouveau la volonté de se tuer, essaie à plusieurs reprises d'étrangler ses compagnes, devient de plus en plus sale et désordonnée. Elle reçoit une photo de sa petite soeur et ne manifeste aucune joie.

Cliniquement, il s'agit d'une enfant débile légère, présentant un tableau de revendication affective. Il apparaît que la mère a une nette préférence pour son frère et qu'elle est peu affectueuse avec elle. On considère que cette enfant est mal adaptée dans le centre où elle se trouve en raison de sa débilité et l'on demande son placement en I.M.P. pour débiles.

L'imitation nous paraît relever en partie du même mécanisme d'annulation et participer de cette pensée magique de l'enfant. La mort de l'autre est déjà niée à partir du moment ou elle est imitable. Qu'il nous soit permis de citer ici l'observation de Durand-Fardel reprise par Deshaies :

"Un garçon de 14 ans ½ suivait le 2 juillet 1847 l'enterrement d'un camarade âgé de 11 ans, fils de cultivateur, lequel s'était pendu sans motif apparent derrière la porte de la vinée. Après les obsèques il fit cette réflexion à laquelle on ne prit pas garde sur le moment : "il faudra que je me pende aussi". Le 6 juillet on le trouvait pendu dans la vinée de ses parents".

Trois de nos observations, pour être moins dramatiques, n'en reflètent pas moins ce désir d'imitation.

- Henriette L..., 11 ans Q.I. 79, 100, 88

L'enfant vit dans un milieu tout à fait déplorable : la mère est très fruste et passive, le père est un alcoolique invétéré, il a fait plusieurs crises de délirium et paraît atteint d'un syndrome de Korsakoff.

Henriette a un long passé de difficultés scolaires. Depuis quelques mois sa fréquentation de l'école est sporadique. Elle fugue en effet avec une amie âgée de 14 ans, vivant dans une famille qui n'a rien à envier à celle d'Henriette. Cette amie est une récidiviste des ingestions volontaires de médicaments et à la suite d'une nouvelle dispute avec sa mère, elle décide de mourir et d'entraîner Henriette dans son entreprise.

Les deux gamines passent à l'acte. Par jeu, elles déclareront ensuite que "c'est un corbillard qui les a conduites à l'hôpital". Mais Henriette ne sait donner pour raison à son acte que le désir de mourir parce qu'elle n'avait pas assez de liberté à la maison et parce qu'elle voulait accompagner son amie.

Cliniquement, la pauvreté de son expression verbale et sa très grande passivité apparaissent d'emblée. Des graves problèmes au foyer et de l'atmosphère qui y règne, elle ne sait évoquer que les menues entraves à sa liberté. Elle cherche seulement à se valoriser en se donnant trois ans de plus qu'elle n'en a réellement.

- Louisa D..., 12 ans Q.I. 110

Louisa est la troisième d'une famille de huit enfants. Le milieu familial est de longue date perturbé : père chômeur, éthylique, mère peu chaleureuse, acariâtre jusqu'au moment où le père repart en Algérie pour s'y remarier. Louisa avale des médicaments à la suite d'une correction maternelle et au paroxysme du conflit familial aggravé par les multiples tentatives de suicide d'une soeur, l'aînée, comitiale et hystérique. Louisa est une enfant charmante et intelligente, dont le travail scolaire est très satisfaisant.

Elle sert d'interprète à toute la famille dont elle est manifestement l'élément le plus évolué.

Ce geste survenant après les multiples tentatives de sa soeur peut être interprété comme imitation par désir d'identification.

- Jean-François E..., 11 ans Q.I. 124, 118, 123

Aîné de deux enfants élevés dans un milieu rigide - le père est tendu, inquiet, la mère est anxieuse et hyper-protectrice - Jean-François a des velléités légitimes d'indépendance que ses parents supportent mal.

A la suite d'une légère réprimande au lycée, les parents décident une punition très infantilisante "Tu n'auras plus tes jouets". Jean-François avale des comprimés d'Optalidon. Son acte est d'ailleurs tourné en dérision par le père : "Il a voulu imiter un camarade qui a avalé un insecticide il y a huit jours".

Cliniquement, il s'agit d'un enfant fermé, anxieux, supportant mal d'être traité comme son frère âgé de 4 ans $\frac{1}{2}$, et culpabilisé de ne pas correspondre à ce qu'on attend de lui. Au Rorschach, il est inhibé, la pensée est rigide, s'attachant à de petits détails. Au T.A.T. la relation à la figure paternelle paraît meilleure dans une certaine mesure que celle qui l'attache à sa mère. Celle-ci est ressentie comme dévitalisée, phallique et castratrice.

Les mécanismes obsessionnels et phobiques sont nombreux. Une psychothérapie est envisagée.

Au terme de ce chapitre, il nous semble que pour quelques-unes d'entre elles, ces fonctions sont bien caractéristiques du suicide juvénile. Tout au long de ces observations, nous espérons avoir montré que les conduites suicidaires du jeune enfant, même si elles sont en apparence bénignes, voire inauthentiques, ont une signification qu'il faut essayer de découvrir.

---*---*---

CHAPITRE QUATRIEME : LE CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE

A/ LE SUICIDE DE L'ENFANT PARAIT BIEN DIFFERENT DE CELUI DE L'ADOLESCENT.

Au total il nous semble que le jeune enfant se suicide d'une toute autre manière que l'adolescent. Nous avons choisi, pour faire contraste avec toutes les observations précédentes, de présenter ici trois cas d'enfants prépubères qui ont tenté de se suicider à la manière d'adolescents. On retrouve dans ces observations ce climat de morosité, de passion, de sensibilité exacerbée tellement caractéristique de ce bouleversement pulsionnel que constitue l'adolescence.

- Joël M..., 12 ans Q.I. 137, 124, 134.

Joël est le premier de quatre enfants. Le ménage est uni mais le père est psycho-rigide et la mère hyperprotectrice. L'enfant est élevé en famille mais les difficultés commencent à la suite d'un déménagement qui fait perdre à Joël tous ses amis et rend son adaptation à l'école difficile.

Il fait une première tentative de suicide en absorbant de la mort aux rats ; dis jours après il récidive avec plusieurs médicaments à la suite d'un mauvais livret scolaire. Par la suite, il est mis en pension au collège, il s'y ennuie, devient insomniaque, exprime fréquemment des idées de suicide, et se livre effectivement à quatre nouvelles tentatives, dont l'une par ingestion de verre pilé. Il affirme sa volonté de mourir à son confesseur. N'obtenant pas de celui-ci l'absolution, il l'obtient d'un autre auquel il ne révèle qu'après coup son projet.

Il se présente comme un adolescent aux propos romantiques sur la laideur et le non-sens de la vie. Au Rorschach, c'est une personnalité passive, très centrée sur soi-même. Au T.A.T. : faiblesse de la personnalité, manque de netteté d'identification.

En 1966, à 15 ans $\frac{1}{2}$, il fait un séjour en Allemagne avec des camarades plus âgés et fait l'apprentissage de la liberté, ce qui accentue les difficultés avec ses parents qui parlent de ce voyage comme d'un moment de débauche. C'est sans doute une période de crise d'adolescence grave, chez une personnalité immature, aux traits homosexuels et hystériques.

- Danielle F..., 12 ans Q.I. 127

Le père de Danielle, officier en Indochine, a une vie marquée de péripéties à rebondissements avec deux eurasiennes auxquelles il faut, pour la commodité de l'exposé et par convention, donner les noms d'Annie et de Denise, car ceci intéresse directement la vie de l'enfant. En 1948, il se fiance avec Denise mais doit rompre pour épouser Annie qui attend de lui un enfant, Danielle précisément. Mais pendant son absence, Annie mène une vie par trop libre. En Août 1949 - Danielle a neuf mois - le divorce est prononcé, qui confie l'enfant au père à condition qu'elle soit confiée à la garde de la grand-mère paternelle qui réside en France. Celle-ci effectivement élève l'enfant de son neuvième mois à sa neuvième année, en développant d'ailleurs chez elle des tendances régressives par son comportement hyperprotecteur.

Pendant ce temps, le père épouse Denise dont il a deux filles en 1952 et 1954. Lors de cette dernière année, il rentre en France avec sa famille et veut reprendre Danielle malgré l'hostilité de la grand mère à ce projet, qui met trois mois à se laisser convaincre. Fin 1957, Danielle a neuf ans, elle vit désormais avec son père, sa belle-mère et ses deux demi-soeurs, elle s'intègre bien.

Annie, qui s'est remariée à un officier supérieur, rentre en France en 1960 pour quelques mois, elle obtient la révision du divorce et par là le droit de recevoir sa fille pendant les vacances. Ces dispositions font que durant les vacances de 1961, Annie et la grand mère paternelle font cause commune pour détourner Danielle de son père et de sa belle-mère. Une absence du père est mise à profit, on va même jusqu'à faire douter Danielle de sa filiation.

Des troubles du comportement apparaissent alors chez l'enfant qui s'attache avec passion à une camarade. A la rentrée, le rendement scolaire marque une chute verticale. A Noël, Danielle fait une tentative de suicide en absorbant Tofranil et aspirine.

Pendant les vacances de 1962 passées chez sa tante, Danielle et un cousin de 18 ans auraient des rapports exagérément tendres au dire de sa soeur cadette. Par la suite les troubles du comportement ne font que s'aggraver et Danielle fait une deuxième tentative de suicide.

Cliniquement, Danielle présente un blocage dépressif absolu dès qu'on aborde les problèmes de fond. Les signes d'anxiété sont alors patents : pleurs et tremblements. Au Rorschach la perception des formes est bonne mais la création imaginative est pauvre compte tenu de ses possibilités intellectuelles. Elle montre une tendance à restreindre le champ de sa perception par des mécanismes obsessionnels. Le T.A.T. est difficilement interprétable car la projection n'est pas directe. Les thèmes sont cependant conflictuels malgré leur aspect conventionnel. On note la tonalité dépressive de certains thèmes d'adoption, d'abandon et de suicide. Une psychothérapie est conseillée mais le père refuse cet avis médical et repousse également le placement en pension qui lui est pourtant recommandé.

- Brigitte D..., 12 ans

Première de deux enfants au sein d'une famille apparemment sans problème, Brigitte a fait une tentative de suicide par ingestion de Valium, Equanil et Tofranil à la suite d'une sévère réprimande de sa mère qui lui reprochait d'avoir abandonné la surveillance de sa petite soeur pour aller discuter avec un garçon.

C'est une bonne élève de cinquième classique et son comportement n'avait jusqu'alors posé aucun problème. Cliniquement, c'est une enfant intelligente, mais présentant des tendances hystériques : maniérisme et coquetterie. On observe une certaine labilité de l'humeur, elle passe facilement du rire aux larmes. Elle dit éprouver quelquefois des périodes de cafard et d'abattement. Elle a effectué son geste suicidaire d'une manière très impulsive. Les tests n'ont pas été subis.

A charge de revanche il faut bien dire que bon nombre d'adolescents et même d'adultes se suicident à la manière des enfants, ce qui a contribué à entretenir la confusion entre les deux phénomènes. Quoiqu'il en soit, il faut voir l'originalité du suicide infantile dans ce vécu si particulier qui constitue l'histoire personnelle de ces enfants leur donnant ainsi un air de famille.

B/ UN VECU DIFFICILE FOURRIER DU DESEQUILIBRE PSYCHIQUE.

S'il est un fait commun à toutes ces observations, c'est bien l'insécurité de la première enfance. Des placements objectivant le rejet maternel par incapacité physique ou morale à s'occuper de l'enfant, à l'abandon paternel par éthylisme, cruauté ou passivité, sans oublier l'irruption de la mort de l'un ou l'autre maillon de la chaîne familiale, nous voyons là se dessiner la trame sur laquelle se profilera l'histoire personnelle de l'enfant suicidaire. Tous ces événements sont autant de facteurs favorisant une intégration viciée de la tendance thanatogène dans l'économie pulsionnelle. Celle-ci prendra alors une certaine autonomie permettant son émergence parallélement à la décharge motrice du passage à l'acte. Tout ceci se traduit par un trouble profond du maniement de l'agressivité : victimes eux-mêmes d'agressions physiques ou morales, la violence est pour ces enfants le seul mode de relation possible. L'enfant s'attaque aux autres et c'est le triste défilé des

actes sadiques, cruels, délictueux, mais c'est encore aux autres qu'il s'adresse lorsqu'il choisit de se nuire. C'est parce qu'il n'est pas aimé que l'enfant cherche à se tuer, c'est contre le mauvais objet introjecté qu'est dirigée son agressivité. L'enfant tout à la fois déteste et désire cet objet qui lui échappe et par le jeu des culpabilités choisit de se sentir méchant plutôt que d'admettre que ses parents le sont.

C'est dans ce contexte que va survenir le passage à l'acte. Inattendu, brutal, surprenant, il est le reflet de l'impulsivité et de l'hyperémotivité naturelles de l'enfant, le constat des pulsions destructrices latentes et la conséquence de l'impossibilité de l'enfant à verbaliser. L'acte suicidaire survient au moment où comme l'a dit A. Haim, se produit la libération brutale et simultanée de la tendance thanatogène et de la tendance au passage à l'acte. Le fait déclenchant est en général mineur, garant pour l'entourage de l'inauthenticité de l'acte mais en fait sur lui se cristallisent toutes les frustrations antérieures, il capitalise la somme des expériences pénibles vécues antérieurement. L'enfant ne dit plus, il agit.

Ce vécu contribue à la formation d'un certain type de personnalité que l'on pourrait caractériser par :

- des troubles de l'humeur qu'il faut mettre en relation avec le caractère diffus et archaïque de l'angoisse toute différente de l'angoisse de castration : ce n'est plus le phallus que l'enfant défend mais sa peau

- des troubles de la mentalisation du vécu dont la traduction est l'importance des déficits instrumentaux. Nous retrouvons là un caractère commun aux affections psycho-somatiques et à la délinquance qui toutes deux se retrouvent fréquemment associées aux conduites suicidaires tout au long de nos observations.

- des troubles de la constitution du Moi dont la structure archaïque le rend particulièrement intolérant aux frustrations. Ce Moi est encore caractérisé par la faiblesse de ses mécanismes de défense.

Mais tout ceci ne paraît pas être spécifiquement caractéristique de la personnalité du jeune suicidaire, il faut en effet noter avec

quelle fréquence on retrouve ces traits pathologiques dans d'autres affections psychiques de l'enfance comme la délinquance ou les troubles psycho-somatiques. A l'appui de cette affirmation, dans les rares cas où il nous a été possible d'obtenir des données sur l'évolution des enfants ayant eu des conduites suicidaires, nous avons pu remarquer qu'un certain nombre évoluait vers la délinquance tandis que d'autres souffraient d'affections psycho-somatiques.

- Georges D..., 12 ans Q.I. 110

Né de père inconnu, Georges perd sa mère à l'âge de trois ans. L'un de ses oncles est en prison pour vol. Recueilli par un autre oncle et sa tante, il se montre avec eux violent, indiscipliné, mauvais travailleur. Tout jeune, il affirme qu'il tuerait bien quelqu'un.

Un jour de colère il se défenestre du haut du premier étage. Cette tentative est suivie de plusieurs essais d'empoisonnement par la digitaline qui sert au traitement de sa tante. Il fait plusieurs fugues très longues. Il s'explique à leur sujet : "Je suis un fardeau pour ma famille d'adoption. Je veux m'en aller". Après le décès de sa tante, il commet deux cambriolages avec effraction. Après avoir purgé sa peine, il s'engage dans la L.V.F.

- Serge C..., 12 ans Q.I. 97

Les parents de Serge sont divorcés. Le père est éthylique et interné. L'enfant a contracté à 5 ans une encéphalite léthargique. Il n'en garde aucune séquelle organique mais son comportement est devenu depuis ce moment là extrêmement difficile, il fait de nombreuses colères, profère des menaces de suicide, parle d'ouvrir le gaz pour asphyxier sa famille et lui-même et joue enfin avec le feu.

A la suite d'une contrariété, il tente de se jeter du deuxième étage sous les yeux de sa mère. Serge se plaint de l'hostilité de sa famille, la sévérité de sa mère et des tracasseries de ses frères et soeurs. Les conditions de logement - une pièce et une cuisine pour neuf personnes - paraissent être responsables pour une part, de ses problèmes de comportement.

Serge est placé en I.M.P. où il s'adapte bien, puis il connait deux placements familiaux où il se montre courageux mais d'un caractère difficile.

Au terme de ces placements, ses difficultés de comportement le poussent à s'engager. Il semble que le cadre rigide de l'armée le

protège contre une évolution psychopathique puisqu'à une enquête médicale visant à connaître son évolution au terme de ses dix-huit ans, il est répondu par son ancienne directrice : "il est très grand, très fort, et semble tout à fait heureux dans sa nouvelle situation de parachutiste".

- Murielle D..., 7 ans Q.I. 85, 92, 88

Seconde de trois enfants, Murielle a une mère anxieuse et dépressive qui menace de se suicider parce qu'elle ne peut faire face aux problèmes que lui pose l'enfant. Murielle a un long passé de difficultés alimentaires -anorexie et vomissements - et d'incontinence sphinctérienne. A la moindre frustration, elle fait de violentes colères et exprime sa volonté de mourir. Récemment, elle aurait tenté de se jeter dans le vide-ordures.

Aux tests projectifs, on note que l'Oedipe n'est pas résolu et que l'image de la mère, très insécurisante, fait naître agressivité et angoisse, avec une tendance permanente à la régression.

Par la suite, les colères s'espacent mais sur le plan affectif, Murielle évolue peu. Elle refuse d'embrasser son père et vomit quand il s'approche. Elle se plaint de céphalées permanentes.

- Pierre B..., 8 ans Q.I. 70 environ

Il s'agit d'un enfant unique d'une famille apparemment sans problème, qui n'est pas scolarisé en raison d'un certain retard intellectuel et surtout des troubles du comportement. Il fait preuve surtout de manifestations hétéro-agressives à l'égard de sa mère qui dit de lui qu'on ne peut laisser un couteau à portée de sa main quand il est en colère.

Parfois cette agressivité se retourne contre lui puisqu'il se serait blessé à la tête au cours de l'un des accès.

Revu quatre ans après, Pierre laisse voir une aggravation de son état. Il se plaint de céphalées très pénibles. On parle de tendance maligne et on prescrit un placement.

Au terme de ce chapitre si ce vécu commun et l'organisation psychique qui en résulte ne paraissent pas en eux-mêmes spécifiques de la conduite suicidaire du jeune enfant, il faut penser qu'ils constituent une entrave au processus normal de l'enfance. Ceci favorisera la régression massive nécessaire à la préparation de l'acte suicidaire, ce à quoi viendra s'ajouter la notion toute particulière que l'enfant peut avoir de la mort.

C/ LA RARETE DES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DETERMINEES

Il est bien normal, si l'on considère que la personnalité du jeune enfant suicidaire est caractérisée par la faiblesse de ses défenses, que l'on ait relevé peu de névroses ou psychoses constituées. Il est certain que les défenses mêmes pathologiques protègent du passage à l'acte. Cependant nous avons retenu un cas d'hystérie de conversion: Martine V..., 10 ans. Martine connaît des difficultés variées. De tout temps enfant difficile, elle est au moment de la consultation énurétique, encoprétique à ses heures et présente une aphonie hystérique depuis deux ans, à la suite d'une intubation pour appendicectomie. Dans ses antécédents il faut noter une toux séquellaire de coqueluche qui lui a duré quatre ans ! C'est dans ce contexte que survient la tentative de suicide par défenestration à l'acmée d'une colère clastique. Elle est élevée par une mère perfectionniste qui connaît elle-même des difficultés psychologiques nombreuses. Elle est suivie en psychothérapie à la suite de deux épisodes de conversion hystérique (hémiparésie et aphonie) qu'elle a successivement présentés. Martine a un contact typiquement hystérique et sa névrose paraît assez solidement structurée.

Pierre L... 10 ans, souffre d'une névrose obsessionnelle grav

- Pierre L..., 10 ans Q.I. 135, 136, 139

Pierre L... est un enfant unique, en partie cependant élevé par une grand mère, ce qui culpabilise encore énormément la mère. Un de ses oncles est psychopathe, son père est décrit comme "plutôt féminin", sa mère a très tôt connu avec lui et entretenu des liens particuliers. En effet, elle devait satisfaire immédiatement ses désirs faute de quoi, Pierre était pris d'une colère furieuse. Les difficultés ont commencé lors de l'apprentissage sphinctérien et à l'heure actuelle encore Pierre refuse d'aller à la selle "ça me fait plaisir de me retenir" dit-il, il est encoprétique. Il a, avec ses parents, des comportements typiquement sadiques, fabriquant des fouets pour les frapper, les injuriant (son registre scatologique étant particulièrement étendu), les frappant. Ce comportement familial contraste avec ce qu'il est en classe : élève remarquable tant par son intelligence que par sa discipline. Cette manière avait fait craindre une dissociation psychotique jusqu'au moment où Pierre a extériorisé une névrose obsessionnelle très structurée avec peur des microbes que l'on pourrait lui souffler, rituel de lavage et de protection : dort entre le sommier et le matelas pour ne pas avoir de contact avec les draps, exige qu'on lui serve son couvert sans y toucher directement, etc... Il est tout à fait conscient de l'anormalité de ses exigences et son contact s'est beaucoup amélioré. C'est pourtant dans ce

contexte que survient la tentative de suicide par défenestration à l'acmée de la colère. Il dit en avoir marre des servitudes de sa névrose. Il s'agit d'un enfant d'une grande intelligence, très présent à l'examen, qui exprime sa souffrance quant à sa maladie. Le T.A.T. met en évidence une relation à la mère de type sadique anal, les liens au père sont de nature homosexuelle, l'Oedipe n'est pas abordé.

Ce cas fait transition avec quelques observations d'enfants pré-psychotiques. Bien que ne présentant pas le tableau de la franche psychose, quelques atypies font penser que ces enfants ont des risques d'évoluer en ce sens.

- Jean-Jacques C..., 11 ans Q.I. 90, 96, 93.

L'enfant est très perturbé depuis la mort de son père, survenue alors qu'il avait six ans. Il est le dernier de cinq enfants, dont deux nettement plus âgés que lui présentent de graves troubles du comportement, après le décès du père. L'aîné a menacé sa mère et lui a extorqué de l'argent. Jean-Jacques se montre d'emblée inadapté à l'école, dégrade les murs et les voitures, ce qui nécessite son placement en I.M.P. Il y est en conflit avec sa famille nourricière.

Sa mère se remarie. De retour à la maison en l'attente d'un autre placement, il manifeste une aggravation du comportement agressif : il est renvoyé de l'école, envoie un marteau à la tête d'un voisin et menace de se tuer avec un couteau et de se défenestrer à la suite du refus de sa mère de le laisser sortir.

Cliniquement, il est très inquiétant. Il a un très mauvais contact, des barrages et une mimique discordante, des stéréotypies gestuelles et des interprétations quasi-délirantes : il dit avoir voulu se tuer pour échapper "à des mauvaises gens qui voulaient le faire mourir". Il exprime à plusieurs reprises l'intention de se tuer parce qu'on se moque de sa laideur et de son nom de Charlot. Le Rorschach révèle une personnalité fragile très peu structurée, un manque de maturité et de socialisation, mais pas de caractéristiques de dissociation. Au T.A.T., il est très dépressif et montre une insécurité profonde, liée à une grande frustration affective : il se sent rejeté par une image maternelle froide et punitive. Seul et privé de défense, il réagit par des conduites hypocondriaques et masochistes.

Un an après, il consulte à nouveau pour colères et manifestations psychosomatiques. La mère a refusé les traitements proposés.

- Jean-Michel C..., 12 ans Q.I. 131, après T.S. 120,92, 107.

Jean-Michel est le second de quatre garçons, d'un milieu qui paraît sans problème et qui semble avoir une compréhension profonde de ses difficultés. Il souffre d'une myopie congénitale. Son comportement alerte ses parents qui consultent en Janvier 1960. Ils le trouvent secret, ombrageux et d'une jalousie morbide à l'égard de ses frères. Il exprime de vagues idées de persécution. Il paraît gêné dans ses rapports sociaux par sa mauvaise vue et ses résultats scolaires, à l'origine brillants, baissent rapidement. Six mois plus tard, il se taillade les veines et demande à ses parents de venir le chercher au Petit Séminaire où il est interne.

A cette époque les tests lui accordent un Q.I. de 131 Douze mois plus tard, à la suite d'une dispute avec ses frères, suivie d'une réprimande et d'une giffle de sa mère, Jean-Michel se pend par sa cravate à la barre des lits superposés. Il s'ensuit un coma nécessitant la respiration artificielle. Durant l'hospitalisation, il fait preuve d'amnésie, se montre dépressif, parle beaucoup de suicide ; on note un parasitisme mimique et un certain degré de confusion. Sur le plan neurologique on note un Babinski bilatéral avec vivacité des réflexes. l'E.E.G. témoigne d'une souffrance cérébrale généralisée. Aux tests de niveau, le Q.I. est nettement inférieur à celui qui avait été relevé avant la tentative de pendaison. Au Rorschach, l'adaptation est très superficielle, il n'y a pas de défense structurée. Au T.A.T., la personnalité est fragile, immature, peu structurée. On ne relève cependant aucun élément psychotique dans le protocole. Le diagnostic sera cependant celui de début probable de schizophrénie avec lésion cérébrale organique. Trois mois plus tard, il est à nouveau hospitalisé à la suite de son renvoi du lycée, motivé par une lettre au proviseur dans laquelle il exprimait son désir de se tuer. Au cours de cette hospitalisation, il est dépressif, suicidaire et exprime des idées d'incapacité et d'indignité. Il n'a pas de contact avec d'autres enfants. Il se sent persécuté.

- Alain D-T..., 6 ans $\frac{1}{2}$ Q.I. 120

Alain est le septième de huit enfants, nés de lits différents, au sein d'un milieu familial catastrophique cependant camouflé. Son père est éthylique et sa mère hypernerveuse. Lui-même semble comitial, il a deux soeurs épileptiques et une toute dernière meurt quelques jours après sa naissance. A des manifestations hétéro-agressives tournées contre la fratrie dès l'âge de quatre ans. S'ajoutent des absences de type comitial. Lors de son hospitalisation, il tente à plusieurs reprises de s'étrangler, jusqu'à la cyanose. "Si je me fais mal, ça ira mieux, je veux aller au ciel avec mes grands parents pour être ange gardien".

Suivi pendant huit ans, il n'en réitère pas moins ses tentatives qui font suspecter une anomalie de la personnalité de type psychotique. La comitialité est patente bien que les E.E.G. ne soient pas constamment perturbés.

A l'âge de 14 ans, son comportement est encore très anormal, au point qu'il ne puisse s'adapter à la structure d'un I.M.P. Les tests projectifs mettent en évidence une personnalité très pauvre, mal défendue par des défenses obsessionnelles contre sa propre agressivité.

- Jean-Claude M..., 11 ans Q.I. 110, 90, 100

Enfant adopté à l'âge de 18 mois et non informé de ses problèmes de filiation. Jean-Claude a été élevé de l'âge de 2 ans à 7 ans chez sa grand mère. Depuis son retour chez ses parents, les résultats scolaires sont nuls et Jean-Claude multiplie colères, oppositions et gestes suicidaires : il se passe un fil électrique autour du cou, se menace d'un couteau, tout en cherchant à impressionner l'entourage. Il a par ailleurs des conduites sadiques envers les animaux, se passionne pour les histoires d'astronautes et a pour son ours une adoration passionnée. Depuis peu, il se plaint d'insomnies.

Cliniquement, l'enfant est bizarre, tient un discours décousu, affirme vouloir se faire passer pour fou et donne de ses gestes suicidaires plusieurs interprétations : "je veux me tuer mais je n'ai pas le courage... Je veux me tuer pour ne pas aller au régiment, ni en colonie.... et puis c'était pour faire peur à ses parents".

Sous traitement neuroleptique, on assiste à une amélioration du comportement et du contact. Les traits psychologiques confirment l'impression clinique péjorative. Au test de niveau, on note une dispersion inquiétante des résultats. Au Rorschach, affectivité labile peu sociabilisée. Au T.A.T., manque de contact entre les héros, absence d'insertion familiale et sociale, rendant le pronostic d'adaptation très réservé.

- Jean C..., 9 ans Q.I. 90

Enfant unique, élevé par une tante, Jean a pourtant des parents sans problèmes majeurs évidents. C'est un enfant tout à fait particulier, instable psycho-moteur et affligé d'une grande maladresse gestuelle. Il présente des bizarreries, il déteste les boutons et les fait enlever de ses vêtements, se complait dans l'observation des pendules et montre pour le calcul mental, une passion, alors qu'il n'est pas scolarisé.

Il se montre cruel avec les animaux, jette plusieurs chats dans le puits. Il n'a aucune notion du danger pour lui-même et se sauve n'importe où. Il fait à plusieurs reprises le geste de s'étrangler.

Le diagnostic hésite entre psychose et perversité.

Enfin quelques cas relèveraient peut-être de la comitialité encore qu'aucun ne puisse être étiqueté d'équivalents. On connaît par ailleurs la fréquence des perturbations mineures des tracés électroencéphalographiques et en particulier chez les sujets qui connaissent des problèmes de comportement.

- Arminda D..., 11 ans

Arminda est une jeune portuguaise transplantée en France depuis un an, les renseignements concernant ses antécédents néo-nataux sont très succincts, il semble cependant que tout se soit passé normalement, et pourtant sa soeur jumelle se développa sans problème et ne présenta jamais de troubles du comportement, alors qu'Arminda se montra très précocément difficile et surtout particulièrement en retard tant dans ses acquisitions motrices qu'intellectuelles. Arminda est atteinte d'épilepsie, elle fait depuis de nombreuses années des crises généralisées.

Dès son arrivée en France, on note non seulement une recrudescence de ses crises, mais surtout une nette aggravation de ses troubles du comportement. Arminda tente à trois reprises de se défenestrer en l'espace de 48 heures.

Cliniquement, elle se comporte comme une débile, mais il est très difficile d'apprécier ses possibilités intellectuelles en raison du handicap linguistique. Néanmoins, il est noté qu'Arminda ne réussit pas les épreuves de 7 ans sur le plan des performances.

Après équilibration de son traitement, Arminda se montre plus sociable et plus vive. On demande son placement en institut spécialisé.

- Christian B..., 9 ans Q.I. 98

Les informations concernant le cas de Christian sont très incomplètes. Le père comme la mère sont décrits comme débiles. Christian fait des crises d'épilepsie psychomotrice. Depuis quelques mois, au cours de violentes colères d'aspect hystérique, il profère des menaces de suicide. A la faveur de l'obnubilation post-critique, il fait deux tentatives de suicide dont on ignore la nature.

Les E.E.G. montrent des signes de souffrance hémisphérique droit, abondance des rythmes lents mais ne font apparaître aucun signe d'activité paroxistique. Les tests projectifs ont un caractère inquiétant, non seulement en raison de l'impulsivité et de l'agressivité qui s'y manifestent, mais encore à cause du manque de contrôle intellectuel et de l'absence d'adaptation affective.

Placé en I.M.P. il s'y adapte correctement mais ses parents, ne pouvant supporter la séparation, le reprennent prématurément.

- Marie-Claude S..., 12 ans (23 Février 1951) QI.50 environ

D'emblée, Marie-Claude présente un retard de la psychomotricité et du langage, dont on ne retrouve pas l'étiologie. A 5 ans $\frac{1}{2}$, elle fait une chute du premier étage avec fracture du rocher, perte de connaissance,

otorragie et épistaxis. A l'âge de 9 ans, elle fait une première crise d'épilepsie généralisée, suivie de trois autres crises. Son arriération lui barre le chemin de l'école.

Marie-Claude a toujours été d'un comportement difficile, mais depuis quelques mois ses accès de colère deviennent assez violents pour nécessiter plusieurs interventions de Police-Secours et ses actes sont de plus en plus incohérents : elle sort nue dans la rue, arrache ses vêtements, met le feu aux poubelles. Dans un accès de colère, elle se précipite sous une voiture. Une nouvelle tentative a lieu trois jours après.

Il semble que ses actes se produisent dans un état confusionnel durant lequel la fillette paraît hallucinée. L'E.E.G. est tout à fait typique de la comitialité. Les parents s'entendent pour faire placer l'enfant le plus rapidement possible, dans la crainte de nouveaux incidents.

---*---*---

3ème PARTIE : LE FAIT SUICIDAIRE.

Chapitre 1 - La relation entre suicides et accidents

A/ La validité des statistiques de décès.

B/ Décès infantiles par suicides et par accidents

1 - statistiques d'ensemble.

2 - structure comparée des techniques de suicide et les modalités des accidents mortels.

3 - la contre-épreuve des indices de progression.

4 - la contre-épreuve de la sex ratio.

Chapitre 2 - Géographie des morts accidentelles et des suicides d'enfants.

A/ Constat de la différenciation régionale

1 - l'établissement des données.

2 - la constance des relations.

3 - le problème de l'interprétation des résultats.

B/ L'écologie du fait suicidaire

1 - le milieu familial.

2 - le contexte économique et social.

*

* *

CHAPITRE PREMIER : LA RELATION ENTRE SUICIDES ET ACCIDENTS

L'analyse clinique a relevé une parenté remarquable de situation familiale et de vécu psychologique construisant une personnalité type peu différente de celle qui est portée à l'acceptation des risques que comporte la délinquance ou l'adoption d'une conduite dangereuse. Il y a donc intérêt à scruter la relation entre fréquence du suicide, fréquence de la délinquance, fréquence des accidents, puis à les mettre en rapport avec le contexte démographique et social.

A/ LA VALIDITÉ DES STATISTIQUES DE DÉCÈS.

Toutes les études sur le suicide ont pour coutume de critiquer les statistiques disponibles mais d'en faire usage afin d'étayer les théories formulées sur les causes et sur les processus des actes suicidaires. On se pliera ici à cette règle, avec la conviction que l'utilisation critique et raisonnée d'ordres de grandeur est d'un réel intérêt.

A vrai dire, la réflexion est fondamentalement handicapée par le clivage entre les deux types d'évaluation numérique relatives aux suicides : les statistiques de décès d'une part, les statistiques de tentatives d'autre part. Pour juger des différenciations certaines existant dans l'efficacité du passage à l'acte, il serait essentiel de confronter ces deux séries. Pourtant aucun raccordement n'est envisageable : la première est établie par l'INSEE à partir des attestations médicales de décès.

Elle comporte des défauts mais tire avantage de son caractère général et des possibilités de comparaison avec les autres causes de décès ainsi qu'avec divers paramètres démographiques et sociaux. La seconde, établie par le médecin, repose sur le dénombrement de cas dont la connaissance précise est incomparablement plus riche d'enseignements mais constitue au total un échantillon fortement marqué par les conditions de recrutement du centre d'examen et, comme tel, non représentatif, non comparable au tableau national.

Les statistiques des causes de décès fournissent une base de référence indispensable, pourvu que restent présentes à l'esprit les réserves formulées à leur sujet par leur auteur même, c'est-à-dire l'INSEE.

Leur validité souffre d'abord d'un degré d'indétermination générale : sur mille décès enregistrés par l'Etat Civil en 1958 (la première année de la période décennale étudiée), on relevait 16 cas sans cause déclarée et 73 causes mal définies, au total 8,9 % de causes indéterminées. On conçoit que cette proposition soit relativement plus élevée pour les enfants de 1 à 4 ans (18,7 %), ou pour les personnes âgées de plus de 85 ans (10,4 %) à quoi s'ajoutent 22,8 % de cas de "sénilité". Il est heureux pour notre étude que le degré d'indétermination soit le plus faible entre 5 et 20 ans (6,9 %) entre 10 et 14 ans.

Mais on regrette en revanche les différences profondes d'un département à l'autre : si le degré d'indétermination est heureusement réduit au Tarn-et-Garonne (1,7%), il consent par contre un décès sur quatre en

Seine Maritime (26,0%) et un décès sur deux en Corse (46,8%). Il y aura lieu de se le rappeler. Il convient sans doute aussi de relever la coïncidence observable ci-dessous entre le relèvement de ces taux d'indétermination à partir de l'âge de quinze ans et la progression parallèle à partir de cet âge des taux de suicide.

Année 1958	Décès de cause indéterminée pour 100 décès	Décès par suicide pour 100.000 habitants	
	deux sexes	Hommes	Femmes
Tous Ages	8,9 %	24.9 %	8.8 %
5 à 9 ans	7,7 %	-	-
10 à 14 ans	6,9 %	0.7%	0.1%
15 à 19 ans	7,3 %	4,4%	3,6%
20 à 24 ans	8,5 %	7,2%	4,5%

Source : INSEE, statistique des causes de décès, année 1958 et 1959

A ces causes indéterminées où pourraient bien se cacher quelques suicides, s'ajoutent des affectations volontairement erronées, notamment par intervention des familles. A coup sûr, certains cas de suicides ou de meurtres sont maquillés en accidents. Le Malheur est que ces dissimulations - en d'autres termes cette sous-estimation du suicide dont pâtira cette étude - sont très inégalement effectuées selon le sexe, l'âge, la condition sociale de la famille et le milieu régional. Ultérieurement une géographie comparée des taux de suicides et des taux d'accidents par département le fera pressentir. Elle ne permettra pas de fournir une mesure de cette dissimulation parce qu'à ce niveau de dénombrement on ne dispose pas de la distinction des accidents domestiques des accidents de la route. Il est certain que les premiers - intoxication par le gaz, empoisonnements par médicaments, chutes et noyades - ont plus de chances d'être suspects que les seconds. Ils peuvent à tout le moins être mis partiellement au compte de conduites dangereuses, et d'acceptation du risque. Le fait n'est sans doute pas tout à fait étranger aux accidents de la route dont peut être victime le jeune piéton ou le jeune cycliste. Mais à coup sûr le chiffre global des décès entraînés par

des accidents de la circulation - chiffre au demeurant sous-estimé puisque limité aux décès survenus dans les trois jours - est fortement déterminé par l'inégale densité de la circulation et l'inégale fréquence de la présence d'enfants dans les automobiles. L'interprétation en est donc délicate, même si les statistiques départementales concernent dans ce domaine comme ailleurs, des "décès domiciliés" et non pas décomptés au lieu du drame.

Présentement, des tableaux vont tenter à la fois :

- d'enregistrer les chiffres officiels de suicides et d'accidents de façon telle qu'ils apportent à la discussion des ordres de grandeur et des termes de comparaison véritablement représentatifs ;

- d'en mesurer l'importance absolue et relative par âge, par sexe et par modalité du décès ;

- de faire apparaître sur ce point des anomalies à mettre au compte des dissimulations ;

- d'apprécier la relation susceptible d'exister entre les suicides et accidents.

Il reste encore un point à préciser, les suicides recensés d'enfants de moins de quinze ans sont très peu nombreux. L'utilisation de la statistique est donc ici infiniment plus délicate que dans les études comparées aux adultes et aux adolescents. On comprend que Haim se soit contenté de chiffres relatifs à une seule année, tant pour mesurer la place du suicide parmi les diverses causes de mortalité en 1966 (p.60) que pour faire l'examen des divers procédés employés selon le sexe et l'âge en 1963 où l'on avait compté 138 cas de jeunes de 15 à 19 ans. Pareille limitation était impensable pour les enfants de 5 à 14 ans puisque la même année le nombre des suicides-décès les concernant s'était établi à dix !

Il a donc fallu s'imposer un très lourd et fastidieux relevé des cas de décès pour les enfants de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans survenus pendant dix années consécutives de 1958 à 1967. On a tenu en outre à faire la comparaison avec les adolescents pour lesquels les cinq années 1958-1962 ont paru suffire. Répertorier les cas afférents respectivement à chaque sexe, à quatre tranches d'âge, à 33 lignes de modalité de morts accidentel-

les ou violentes empruntées aux tableaux annuels de la nomenclature internationale intermédiaire consultés sur dix et cinq ans, c'était s'imposer de relever et de remplir 1980 cases, d'additionner ensuite de calculer encore proportions et ratios. Mais c'est à ce prix seulement que la statistique des causes de décès pouvait livrer des éléments d'information dignes de foi.

Un élément en faveur de la réalisation de ce travail a été apporté par l'intérêt de cette période décennale 1958-1967. Elle s'est ouverte en effet sur la première application de la révision (la Septième) de la nomenclature internationale mise au point en 1955. Elle se termine avant la modification des publications statistiques entraînée par l'utilisation croissante de l'ordinateur. Elle a surtout pour centre l'année 1962 : l'année du meilleur Recensement Général de la Population effectué depuis la guerre par l'INSEE, supérieur à coup sûr en fiabilité comme en accessibilité sous forme imprimée, à celui qui fut réalisé en 1968.

La base de référence très sûre que constituaient dès lors les données tirées de ce Redensement bien placé au milieu de la décennie étudiée devait inciter à affiner l'étude, et à faire suivre l'établissement de taux nationaux de calculs départementaux. On s'est astreint dans ces conditions à relever et à manipuler quelques 7.200 nombres d'accidents et de suicides par âge et par sexe pour chacun des 90 départements d'alors et à établir les chiffres de population de référence avec précision de façon à donner le plus de valeur possible aux taux et aux ratios calculés.

B/ DECES INFANTILES PAR SUICIDES ET PAR ACCIDENTS.

1 - STATISTIQUES D'ENSEMBLE

La décennie étudiée a donc enregistré en France 153 décès par suicide d'enfants de moins de 15 ans : trois garçons et une fille âgés de 5 à 9 ans, 118 garçons et 31 filles de 10 à 14 ans.

Ainsi les chiffres bruts ici collectés (Tableau 1) confirment d'abord des faits connus :

- la rareté des cas recensés comme suicides infantiles au regard des suicides d'adolescents d'abord : la tranche d'âge supérieure, celle de la puberté achevée (15-19 ans) voit en effet les effectifs se multiplier par 3,3 pour les garçons et par 6,7 pour les filles ;

- la dissymétrie des sexes ensuite, qui montre une surreprésentation constante du sexe masculin, confirmée au demeurant à tous les âges de la vie. Il faut sur ce point préciser : le suicide est chez les jeunes garçons beaucoup plus fréquent et plus précoce ; les filles, en termes statistiques, attendent l'adolescence pour attenter à leurs jours.

Les cas de décès infantiles reconnus comme suicides sont donc fort rares, tant en chiffres absolus que rapportés à 100.000 habitants. Pareils taux, observables dans le Tableau 2, sont des moyennes décennales que nous avons établies à partir des taux annuels proposés par l'INSEE, mais qui, faute de connaître chaque année la population moyenne de chaque tranche d'âge servant de référence, comportent une légère imprécision.

La part des suicides reste modeste dans la mortalité générale Sans doute parce que celle-ci est à cet âge, constituée de nombreux accidents, en particulier d'accidents dûs à des véhicules à moteur (AE 138), que pour la commodité de l'exposé et surtout des tableaux, nous appellerons accidents routiers. Mais à 100 décès résultant de maladies (ou de causes mal définies, accidents exclus), les suicides d'enfants de 10 à 14 ans ajoutent tout de même 2,6 décès chez les garçons, 0,8 chez les filles. Il est vrai que la part du suicide chez les adolescents de 15 à 19 ans saute ensuite à 14,3 % ou 10,9 % selon le sexe.

Si l'on prend soin de confronter les suicides reconnus comme tels à l'ensemble des accidents non routiers, on achève de prendre une vision des choses qui n'ira pas conclure à l'insignifiance du phénomène :

TABLEAU 1. Place du suicide dans la mortalité générale entre 5 et 24 ans.

Nombre de décès par accidents, par suicides et par maladies recensés par âge et par sexe:

CODE N.I.I.		EN DIX ANNEES (1958-67)				EN CINQ ANNEES (1958-62)			
		Garçons		Filles		Hommes		Femmes	
		5-9	10-14	5-9	10-14	15-19	20-24	15-19	20-24
AE 138	Accidents routiers	1.907	1.568	1.213	828	2.243	2.905	680	730
AE 139-147	Autres accidents	1.529	2.074	633	588	1.886	2.246	404	480
	Total des décès accidentels	3.436	3.642	1.846	1.416	4.129	5.151	1.084	1.210
AE 149-150	Homicides et faits de guerre	44	32	47	29	61	393	24	45
AE 148	SUICIDES	3	118	1	31	391	605	207	321
	Total des morts violentes	5.483	3.792	1.894	1.476	4.581	6.149	1.315	1.576
A1-A 137	Maladies et causes N.D.	5.362	4.600	4.253	3.769	2.725	3.655	1.905	3.012
	TOTAL DES DECES (mortalité générale)	8.845	8.392	6.147	5.245	7.306	9.804	3.220	4.588
	Nombre de suicides pour cent décès par maladie	0,06	2,57	0,03	0,82	14,3	16,5	10,9	10,7

Etabli à partir de : INSEE, Stat. des causes de décès (public.annuelle)

Causes N.D. = non déterminées.

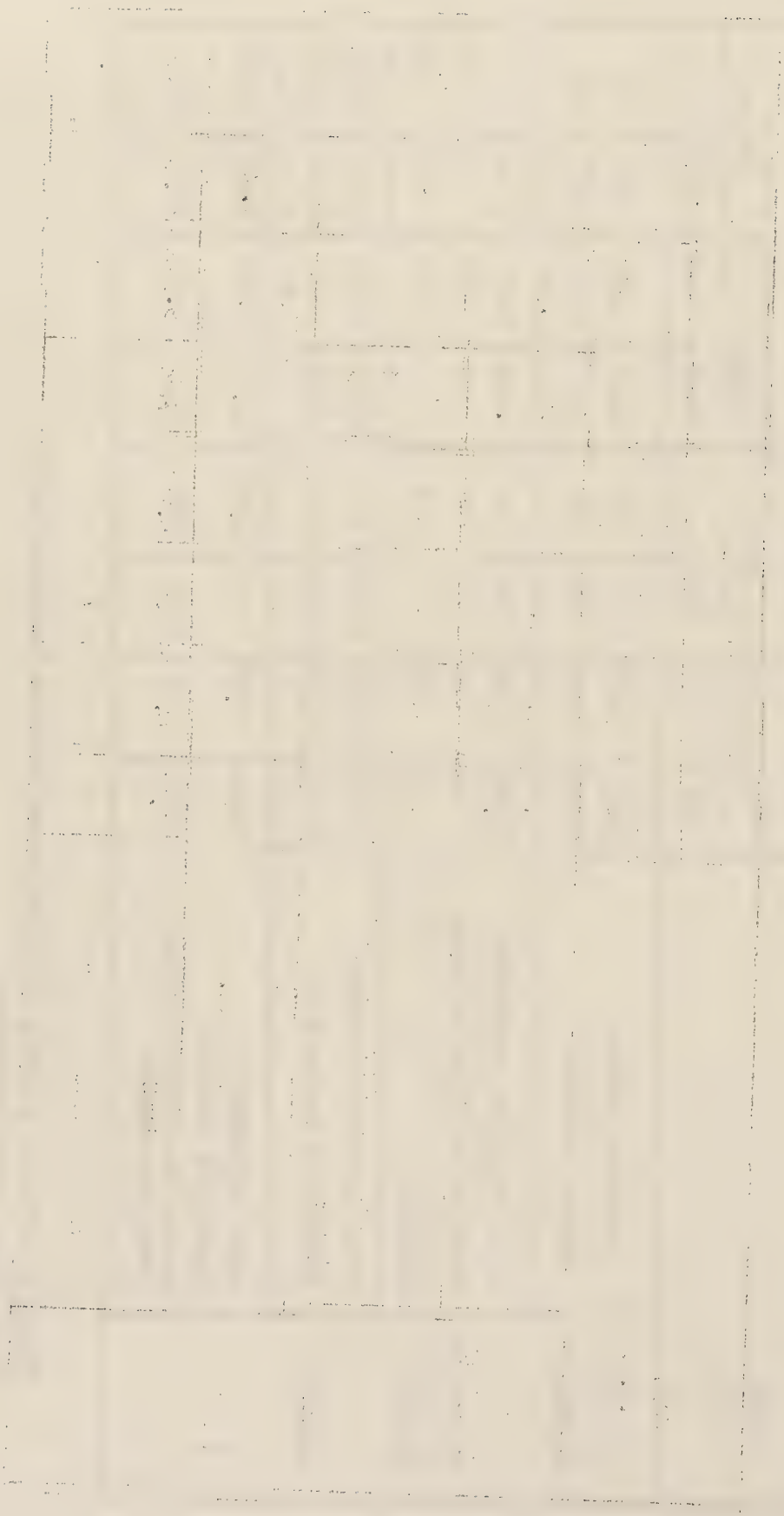


TABLEAU 2. Suicides recensés par âge, sexe et modalités du suicide

Nombre de cas et sex ratio

Suicides par :		EN DIX ANNEES (1958 - 1967)			EN CINQ ANNEES (1958 - 1962)	
		5-9	10-14	5/14	15-19	20-24
	GARCONS					
AE 148	a barbituriques		1	1	3	12
	b autres analgésiques				2	7
	c gaz		4	4	21	54
	d pendaison-strangulation	2	73	75	154	211
	e noyade		14	14	55	67
	f arme à feu		18	18	100	120
	divers et non déterminés	1	8	19	56	134
AE 148	TOUS SUICIDES GARCONS	3	118	121	391	605
	FILLES					
AE 148	a barbituriques				12	13
	b autres analgésiques		1	1	4	8
	c gaz		8	8	38	77
	d pendaison-strangulation	1	2	3	20	23
	e noyade		9	9	49	79
	f arme à feu		4	4	16	19
	divers et non déterminés		7	7	68	102
AE 148	TOUS SUICIDES FILLES	1	31	32	207	321
	SEX RATIO					
	a barbituriques				400	108
	b autres analgésiques				200	114
	c gaz		200		181	142
	d pendaison-strangulation		3		13	11
	e noyade		64		89	118
	f arme à feu		22		16	16
	divers et non déterminés		87		121	76
AE 148	TOUS SUICIDES	33	26		53	53

TABLEAU 3.

Fréquence des suicides et des principales modalités de morts accidentelles
Taux pour 100.000 habitants par sexe et par âge (1)
et Sex ratio observables à partir de ces taux (2)

GARCONS	5-9	10-14	15-19	20-24
Tous accidents	18,50	17,63	57,8	81,68
Accidents routiers	10,25	7,57	33,9	48,45
Autres accidents	8,25	10,06	23,9	33,23
Empoisonnements	0,41	0,36	I,08	2,43
Chutes accidentelles	0,73	0,77	2,15	3,34
Noyades	3,96	4,91	10,67	8,81
Suicides	-	0,57	4,81	8,93
FILLES				
Tous accidents	10,32	7,10	16,57	20,48
Accidents routiers	6,77	4,13	11,13	13,33
Autres accidents	3,55	2,97	5,44	7,15
Empoisonnements	0,38	0,22	1,20	1,99
Chutes accidentelles	0,40	0,23	5,70	0,70
Noyades	1,13	0,97	1,55	1,27
Suicides	-	0,15	2,76	4,79
SEX RATIO				
Tous accidents	55,8	40,2	28,6	25,1
Accidents routiers	66,0	54,5	32,8	27,5
Autres accidents	43,0	29,6	22,8	21,5
Empoisonnements	92,7	61,1	111,0	81,9
Chutes accidentelles	54,8	29,9	26,5	24,9
Noyades	28,6	19,8	14,5	14,4
Suicides	-	26,4	57,4	53,4

(1) Taux annuel moyen calculé sur dix ans.

(2) Nombre de cas filles pour 100 cas garçons.

chez les moins de 15 ans en effet, les suicides s'ajoutent à cet ensemble de décès accidentels dans une proportion de 5,7 % pour les garçons et de 4,9 % pour les filles. Au passage, on notera que les adolescentes, nettement moins sujettes aux accidents que les garçons, paraissent, vues sous cet angle, payer un tribut particulièrement lourd au suicide : un suicide pour quatre accidents non routiers.

Nombre de suicides pour 100 accidents non routiers par sexe et tranche d'âge entre 5 et 24 ans.

Jeunes de	5-9	10-14	15-19	20-24
Sexe masculin	0,20%	5,7%	10,6%	13,5%
Sexe féminin	0,16%	4,9%	25,6%	33,4%

2 - STRUCTURE COMPAREE DES TECHNIQUES DE SUICIDE ET DES MODALITES DES ACCIDENTS MORTELS.

Après le constat général, vient l'inventaire des différentes techniques de suicide, pour les comparer à l'âge de l'enfance et de l'adolescence notamment. Certes, si tout au moins on a confiance dans l'exhaustivité des statistiques disponibles. Or nous ne l'avons pas.

Mais précisément, nous n'aborderons la répartition de ces différentes techniques qu'en effectuant aussitôt la comparaison avec la structure des décès accidentels, où sont susceptibles de se cacher un certain nombre de suicides.

La première démarche est donc l'établissement de la statistique des suicides enregistrés. Elle fait l'objet du Tableau 2, auquel il est fait renvoi. Et le premier mode d'appréciation de ces chiffres est sans doute l'examen de la structure de la mortalité suicidaire, qui s'établit ainsi :

	GARCONS			FILLES		
	5-14	15-19	20-24	5-14	15-19	20-24
Médicaments	0,8	1,3	3,1	3,1	7,6	6,6
Gaz	3,3	5,4	8,9	25,0	18,7	24,0
Pendaison strangulation	62,0	39,4	34,9	9,4	9,7	7,1
Noyade	11,5	14,1	11,1	28,1	23,6	24,6
Arme à feu	14,9	25,6	19,8	12,5	7,7	5,9
Divers	7,5	14,2	22,2	21,9	32,7	31,8
	100	100	100	100	100	100

La mortalité suicidaire, le fait est confirmé, est différente pour chaque sexe. Chez les garçons de moins de 15 ans, la pendaison et la strangulation représentent 62 % des décès, proportion considérable et exceptionnelle, puisqu'elle n'est pas loin d'être le double de celle qui s'observe chez l'adulte.

La seconde cause de décès est ensuite l'arme à feu, mais qui, pour les enfants, vient loin derrière la première : la fréquence en est en effet quatre fois moins grande. Puis vient la noyade (11,5 %), tandis que les autres moyens (médicaments, gaz et divers) sont incomparablement moins représentés que chez les adolescents (11,6 % contre 20,9 % et 34,2 % chez les jeunes adultes).

Chez les filles, la noyade vient en tête des suicides infantiles, comme ultérieurement, suivie de près par le gaz. Les deux procédés totalisent ainsi la moitié des décès. Les procédés divers sont très représentés aussi (21 %). Les médicaments ont une part (3,1 %) qui est inférieure de plus de moitié à celle que leur font les adolescents et l'on peut se demander si le nombre de cas n'est pas ici sous-estimé.

Une telle structure de décès appelle d'abord la comparaison avec la statistique des tentatives, telle qu'elle avait pu être dressée pour l'échantillon examiné dans la seconde partie. Les différences sont très grandes mais ne doivent pas surprendre : la pendaison-strangulation y était beaucoup moins fréquente (14 % pour les garçons). Que sa part dans

la mortalité déclarée soit au contraire de 62 % tient non seulement au fait que les deux statistiques ne sont pas directement comparables, établies qu'elles sont à des échelles fort différentes, mais au fait que ce procédé, plus rapidement irrémédiable que les autres, s'inscrit davantage en termes de décès, et qu'il se prête beaucoup moins que les autres procédés de suicide au maquillage en accident.

Une seconde démarche entreprend la comparaison avec la statistique des décès accidentels, établie sur la même base que celle des suicides, c'est-à-dire un relevé décennal pour les moins de quinze ans. Pour les adolescents, les chiffres plus élevés ont permis de se limiter au bilan de 5 années (1958-1962), multiplié par deux. La distorsion est négligeable et égale pour toutes les modalités.

Il reste à faire quelques regroupements à partir de la Nomenclature Internationale Intermédiaire. Les 7 catégories proposées ici ont bien sûr quelque part d'arbitraire. Fatalité, négligence et conduite dangereuse sont bien souvent impliquées ensemble, à des titres divers. Mais la distinction s'impose cependant, pour sa commodité.

a) les accidents routiers (dûs à un véhicule à moteur), pour lesquels malheureusement on n'a pas eu le loisir de distinguer piétons et passagers. Ce fléau majeur, aux causes multiples, est bien sûr à isoler.

b) les autres accidents de transport (chemins de fer, navires, avions, etc...) seraient entrés dans la catégorie suivante si la fréquence des voyages n'avait pas été nettement plus grande pour les jeunes gens que pour les jeunes filles.

c) les accidents imputables à la fatalité. Formulation commode dégageant du moins la responsabilité de la victime : le feu et l'explosion, la foudre, l'inondation (la catastrophe de Malpasset s'inscrit là).

d) les accidents dûs, dans une certaine mesure, à la négligence de l'entourage : brûlures et atteintes par un liquide corrosif, électrocution, accidents provoqués par une machine, suffocation par pénétration d'un corps étranger, autre suffocation mécanique (literie), encore que ces derniers cas puissent masquer la strangulation.

e) la noyade, si fréquente bien qu'excluant inondations et naufrages, si difficile aussi à interpréter.

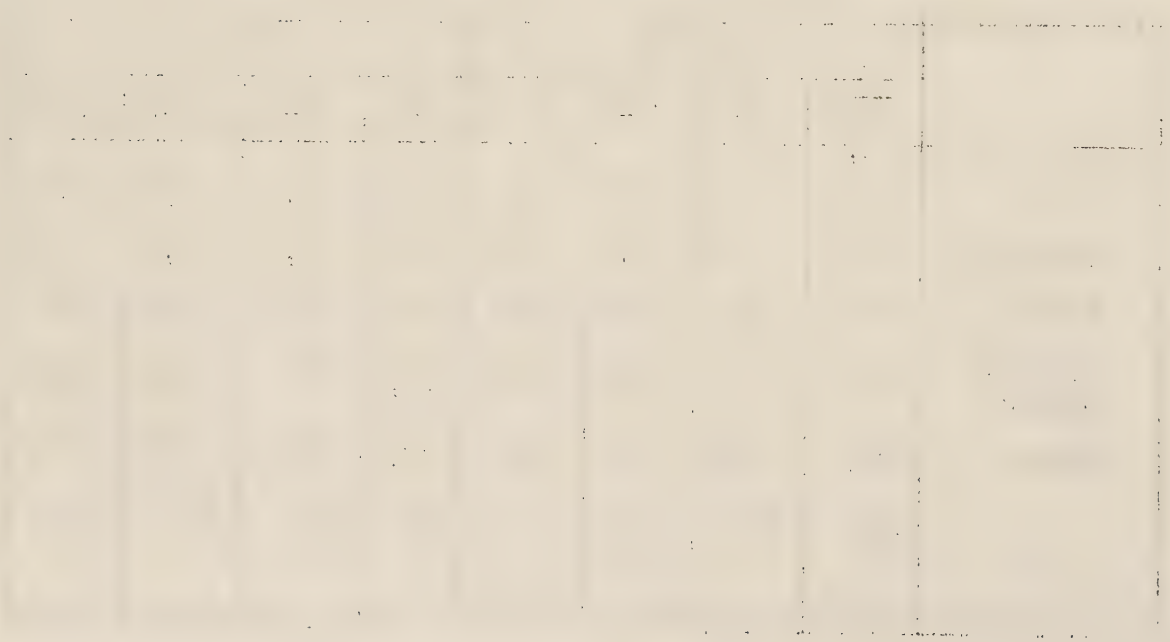
f) les accidents dont certains cas pourraient correspondre à des suicides ou à des meurtres déguisés ; de là cette dénomination un peu excessive mais commode d'accidents suspects. Y figurent : les empoisonnements accidentels comprenant eux-mêmes barbituriques, autres analgésiques et intoxication par le gaz, les chutes accidentelles, les armes à feu.

g) enfin un grand nombre de cas divers, y compris quelques accidents médicaux et chirurgicaux.

Les accidents de transport de tout type méritent d'être écartés de la comparaison. On notera seulement que les accidents routiers, en progression constante avec l'âge des individus, affectent dans la jeune enfance deux filles pour trois garçons, sans doute parce qu'il s'agit plus souvent de passagers, mais que la proportion tombe ensuite jusqu'à pratiquement une pour quatre au début de l'âge adulte. Notons aussi qu'ils sont toujours supérieurs à l'ensemble des autres décès accidentels, tant chez les filles que chez les garçons, sauf dans un cas, celui des garçons de 10 à 14 ans, chez qui en d'autres termes dominent les accidents qui retiennent notre attention. La structure de ces derniers sera plus éclairante si l'on écarte encore les autres accidents de transport, différemment répartis entre garçons et filles.

Structure des décès accidentels non liés aux transports (en %)

	GARCONS				FILLES			
	5-9	10-14	15-19	20-24	5-9	10-14	15-19	20-24
Fatalité	2,9	2,4	1,2	2,1	7,4	4,1	3,7	2,3
Négligence	8,4	5,9	6,6	8,0	16,7	10,7	5,2	6,5
Noyade	49,6	50,6	47,9	29,8	33,1	36,8	33,2	22,9
Accidents suspects	16,6	16,7	19,5	24,0	25,3	22,1	39,3	43,9
Divers	22,4	24,2	24,7	36,0	17,4	26,3	18,6	24,4
	100	100	100	100	100	100	100	100



A la fatalité et à la négligence ne reviennent que 10 % des cas chez les garçons, 24 % chez les filles de 5 à 9 ans, 15 % chez celles de 15 à 19 ans, proportion mathématiquement élevée par le fait que les autres accidents sont moins fréquents que chez les garçons. Précisément, on en vient à la cause majeure d'accidents : la noyade, qui représente la moitié des cas chez les garçons et un tiers chez les filles. On note au passage que pour les deux sexes, la part relative qu'elle s'octroie ne diminue qu'au delà de 20 ans.

Viennent alors ces accidents "suspects", au moins pour un certain nombre d'entre eux. Ils appellent deux constatations :

- la première est la progression avec l'âge de la part qui leur revient chez l'un et l'autre des deux sexes. On observe une petite exception, le léger fléchissement chez les filles de 10 à 14 ans, mais il est compensé par un gonflement des cas divers, suspects aussi à certains égards. Que cette progression de la part revenant à ces accidents suspects soit parallèle chez les deux sexes mérite d'être relevé et assure de la généralité du phénomène.

- la seconde remarque qu'appelle ce type d'accidents porte sur un fait également constant : la part relative qu'ils s'octroient dans l'ensemble de la mortalité accidentelle est toujours plus forte chez les filles que chez les garçons, quelque soit l'âge. Le déséquilibre à l'âge de l'adolescence est très significatif. On ne peut manquer d'être surpris de constater qu'à l'encontre de la loi générale, qui veut que les accidents frappent beaucoup plus le sexe masculin, les empoisonnements accidentels aillent faire plus de victimes, en chiffres absolus, chez les jeunes filles. Mais point n'est besoin d'attendre l'adolescence pour voir se dessiner cette surreprésentation féminine en termes relatifs : l'ensemble des empoisonnements accidentels (médicaments, gaz, etc...) occupe en effet dans l'ensemble des accidents non liés aux transports, les proportions suivantes :

	chez les garcons	chez les filles
de 5 à 9 ans	5,2 %	11,2 %
de 9 à 14 ans	3,7 %	9,2 %
de 15 à 19 ans	5,0 %	25,0 %

La catégorie des accidents divers (reliquat de AE 147 et de AE 140), susceptible aussi de contenir des cas suspects, appelle de la même façon deux constatations : sa supériorité absolue et relative chez les garçons d'une part, la progression constante avec l'âge, parallèle à celle observée dans la catégorie précédente.

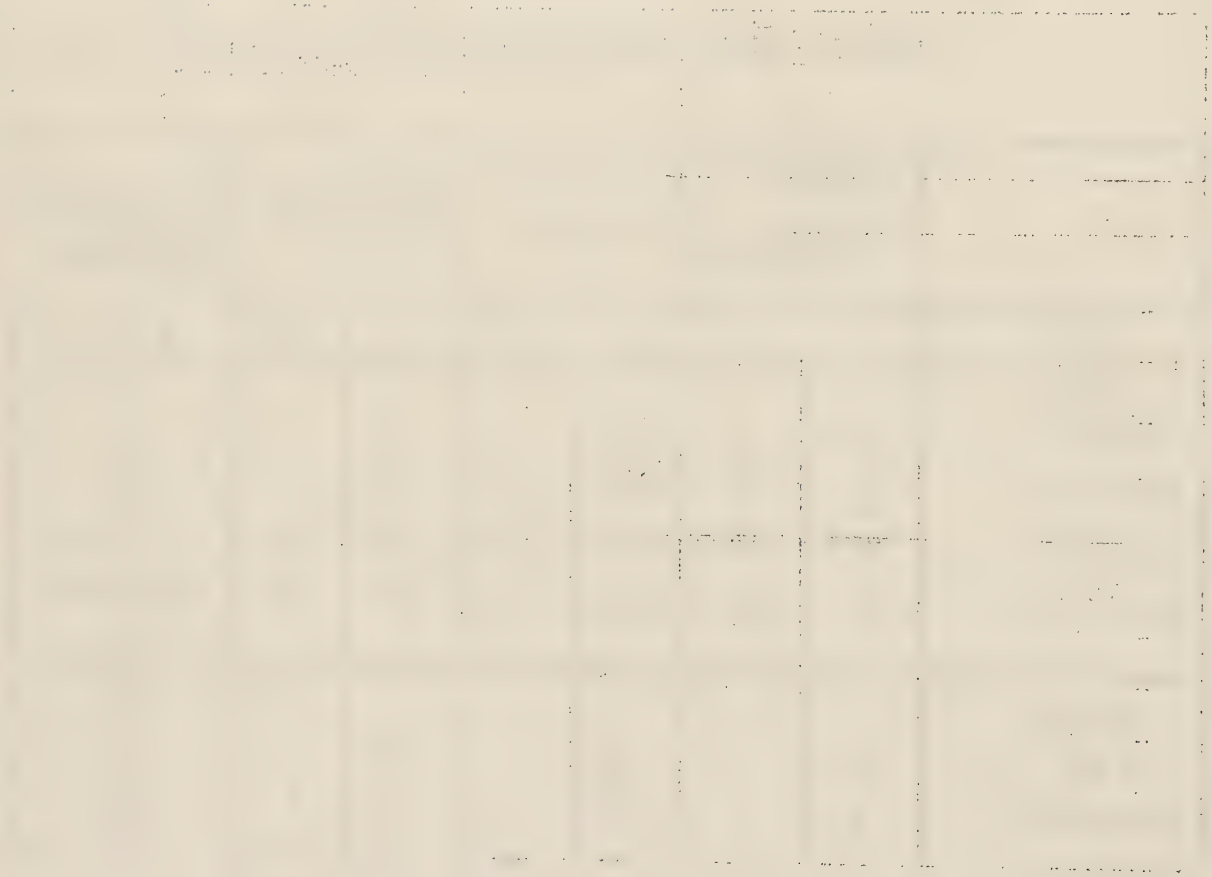
Au total, la structure des suicides et celle des accidents se trouvent présenter des ressemblances éclatantes et assez troublantes.

Dans ces conditions, il paraît justifié d'entreprendre la comparaison terme à terme des décès accidentels et des suicides entraînés par des causes identiques : noyades accidentelles et volontaires, etc...

Accidents (A) et Suicides (S) en dix ans par sexe, âge et modalités.

	Suffocation mécanique Pendaison strangulation		Noyade		Intoxication par le gaz		Intoxication par les médicaments	
Age	A	S	A	S	A	S	A	S
GARCONS								
5-9 ans	26	2	732	-	42	-	10	-
10-14 ans	34	73	1.009	14	57	4	2	1
15-19 ans	30	308	1.724	110	150	42	10	10
20-24 ans	40	422	1.230	134	222	108	30	38
FILLES								
5-9 ans	13	1	200	-	36	-	5	-
10-14 ans	8	2	196	9	39	8	-	1
15-19 ans	6	40	246	98	142	76	26	32
20-24 ans	6	46	198	158	196	154	28	42

On se contentera d'observer ce qui intéresse les enfants de 10 à 14 ans : le nombre de suicides reconnus pour 100 accidents provoqués par la même cause est négligeable dans le cas des noyades (1,4 % chez les garçons, 4,6 % chez les filles), à peine plus élevé lorsqu'il s'agit du gaz (respectivement 7,0 % et 20,5 %). Dans les deux cas, les véritables



accidents sont fréquents mais le travestissement d'un suicide en accident est également aisé. L'ingestion de doses massives de médicaments s'y prête déjà un peu moins. La pendaison ou la strangulation fort peu, ce qui explique que les suicides reconnus fassent 214 pour 100 accidents chez les garçons et 25 chez les filles.

3 - LA CONTRE-EPREUVE DES INDICES DE PROGRESSION.

La suspicion mérite donc d'être portée à l'encontre des statistiques de décès accidentels et de suicides par le fait que toutes les deux ont de curieuses analogies de structure. Une contre-épreuve mérite d'être recherchée dans l'évolution avec l'âge.

Des taux d'accidents peuvent être calculés pour 100.000 habitants sur une décennie (Tableau 3)* et constituent la mesure de "la fréquence spécifique" de telle ou telle cause de décès. On voit très généralement cette fréquence spécifique diminuer entre la première période (5-9 ans) et la seconde (10-14 ans), ce qui est satisfaisant puisqu'avec l'âge se développe l'expérience qui permet d'éviter un certain nombre d'accidents. Il est tout à fait anormal que cette fréquence spécifique puisse se relever ensuite à l'âge de l'adolescence.

Ceci devait conduire à calculer les indices de progression des décès accidentels avec l'âge, c'est-à-dire leur nombre dans chaque tranche d'âge pour 100 décès survenus dans celle des 5-9 ans. Ces indices sont les suivants :

	GARCONS				FILLES			
	5-9	10-14	15-19	20-24	5-9	10-14	15-19	20-24
Fatalité	100	82	235	304	100	49	62	44
Négligence	100	92	192	264	100	54	38	55
Noyade	100	138	236	168	100	98	123	99
Accidents suspects	100	136	286	405	100	77	190	248
Accidents divers	100	146	268	449	100	134	131	107
Ensemble	100	135	244	279	100	88	123	143

* cf. p.117

Pour les garçons comme pour les filles, les progressions les plus rapides s'observent pour les accidents suspects et divers, c'est-à-dire pour les intoxications ou les chutes douteuses.

Il y a plus. La comparaison peut être entreprise des indices de progression des suicides et des accidents correspondants. Portant sur des effectifs faibles, ces indices sont très élevés en sorte que la comparaison gagne à se faire graphiquement sur papier logarithmique. Elle est effectuée en prenant la période 10-14 ans comme base 100. La progression indiciaire est naturellement différente pour les différentes modalités de morts violentes mais la proportionnalité pour l'ensemble ne fait pas de doute, si l'on construit la courbe d'enveloppement des différentes positions observables. (Graphique 1.)

Là, nous semble-t-il, est apporté un autre élément confirmant une trop curieuse similitude entre accidents et décès.

4 - LA CONTRE-EPREUVE DE LA SEX RATIO.

On achèvera de démontrer que les accidents masquent un nombre important de suicides en s'appuyant sur les rapports observables entre les sexes, sur la sex ratio, sachant que les procédés de suicide différent fondamentalement chez les hommes et chez les femmes, et ce dès l'enfance.

La considération de la sex ratio appelle les remarques suivantes :

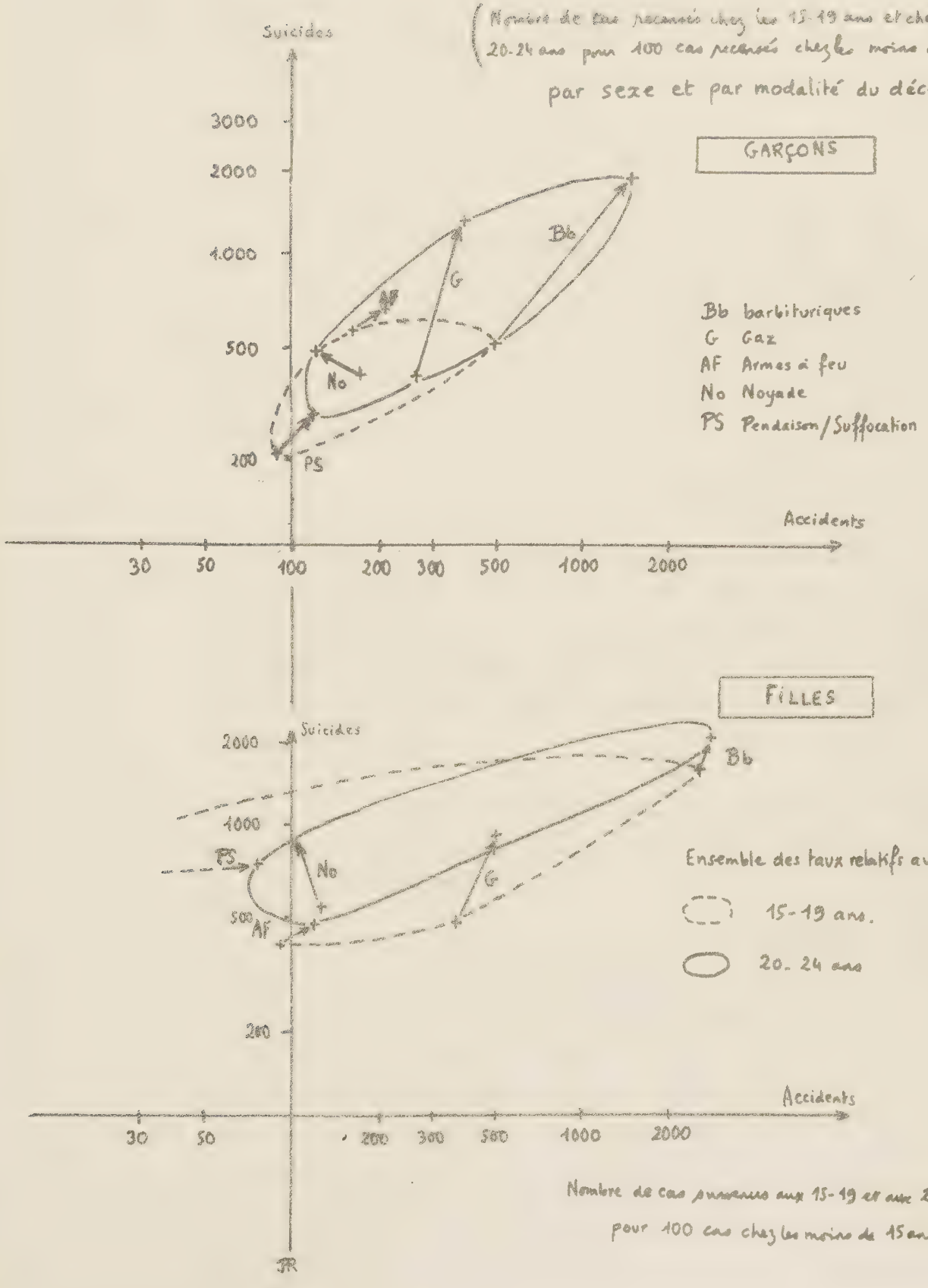
a) il y a une analogie fondamentale et naturel le entre suicides et accidents dans le fait qu'ils atteignent beaucoup plus les garçons que les filles. C'est un phénomène constant, qui apparaît dès le plus jeune âge et qui intègre le suicide dans le fait plus général d'une acceptation des conduites dangereuses de tout type, plus répandue chez le sexe masculin.

b) on observe cependant une évolution divergente du déséquilibre de la sex ratio : les accidents s'accroissent plus rapidement encore chez les garçons, aggravant ainsi le déséquilibre des sexes. En matière de suicides reconnus au contraire, seuls les garçons pratiquement sont d'abord concernés, les filles n'y viennent qu'ensuite, mais assez résolument une fois adolescentes : le déséquilibre s'atténue, on compte alors un suicide féminin pour deux masculins.

fig.1 Taux de progression comparés des suicides et des accidents mortels de l'enfance à l'adolescence :

(Nombre de cas survenus chez les 15-19 ans et chez les 20-24 ans pour 100 cas survenus chez les moins de 15 ans)

par sexe et par modalité du décès



Nombre de cas survenus aux 15-19 et aux 20-24 ans pour 100 cas chez les moins de 15 ans

c) accidents non routiers et suicides méritent un instant d'être réunis comme formes de morts brutales. Du Tableau 3 de la fréquence spécifique, on peut alors tirer les chiffres suivants :

Taux de mortalité, pour 100.000 habitants correspondant aux accidents non routiers et aux suicides

	5-9 ans	10-14ans	15-19ans	20-24ans
Garçons	8,2	10,6	28,7	42,2
Filles	3,5	3,1	8,2	11,9
Sex ratio	43%	29,3%	28,6%	28,3%

En d'autres termes, la première enfance est caractérisée, du fait de la primauté des accidents (et notamment de ceux qu'on peut imputer à la fatalité ou à la négligence), par un déséquilibre entre les sexes nettement inférieur à ce qu'il est ensuite. Précisément, la période 10-14 ans est caractérisée par une sex ratio très déséquilibrée et pratiquement identique à celle qui prévaut chez les adolescents et chez les jeunes adultes et dont la constance tient aux compensations qui s'instaurent entre accidents et suicides.

d) la confrontation peut enfin être effectuée pour les différentes modalités de suicides et d'accidents comparables. Elle gagne là encore à prendre la forme graphique.

Le suicide par pendaison ou strangulation est presque exclusivement masculin. Or, comme par hasard, la sex ratio observable dans les décès accidentels, déjà basse dans l'enfance, s'abaisse encore avec l'âge. En ce qui concerne la noyade, la sex ratio reste là la plus stable dans les accidents en même temps que s'opère le rééquilibrage des sexes dans les suicides. Pour le gaz, la sex ratio du suicide qui donnait deux filles pour un garçon dans la période de l'enfance, se rapproche légèrement de l'équilibre dans l'adolescence (ce qui signifie que les jeunes gens en viennent un peu à ce procédé peu usité auparavant, en conformité avec l'analyse des tentatives de suicide). Mais le suicide féminin n'en

reste pas moins majoritaire et la part des jeunes filles dans les accidents du gaz s'accroît encore. Enfin, en ce qui concerne les décès entraînés par les médicaments, la féminité du procédé ou de la cause ne fait que s'accuser avec l'âge, qu'il s'agisse de suicides ou d'accidents.

Dans ces conditions, il paraît assuré par tout un faisceau de particularités statistiques observables, tant en termes de structure de décès, en termes de fréquences spécifiques, en termes de taux de progression avec l'âge, qu'en termes de rapports spécifiques entre les sexes, qu'une proportion non négligeable de suicides se cache sous les décès accidentels, et qu'une parenté lie ces deux modalités de morts brutales : parmi les seconds, certains sont imputables à la fatalité, d'autres à l'acceptation d'un risque.

---*---*---

CHAPITRE DEUXIEME : GEOGRAPHIE DES MORTS ACCIDENTELLES ET DES SUICIDES D'ENFANTS.

A - CONSTAT DE LA DIFFERENCIATION REGIONALE

1 - L'ETABLISSEMENT DES DONNEES

L'analyse géographique du fait suicidaire n'est pas nouvelle. Bien avant que Durkheim n'en vînt à l'appliquer pour étayer sa célèbre étude sociologique, Lisle l'avait tentée en 1856. Depuis, d'autres analyses statistiques par pays et par régions ont été opérées. Mais presque toutes portent sur l'ensemble des cas de suicides recensés, quelques soient l'âge et lesexe des suicidés, et rapportent la totalité de ces cas à 100.000 habitants.

A notre avis, ces analyses n'ont eu que des résultats limités pour les raisons suivantes :

1) La statistique officielle doit être suspectée de pécher par omission. Dans ces conditions, il est regrettable de s'arrêter aux seuls cas de suicides. Il n'est pas prouvé au demeurant que le taux d'erreur et d'omission soit identique partout ;

2) Les taux de suicide sont fort dépendants du sexe et de l'âge : ils sont plus élevés chez l'homme d'une part, chez les personnes âgées d'autre part. Or il ne saurait être oublié que la composition de la population n'est pas égale partout : le Nord de la France a une population plus jeune que celle de la moitié méridionale du pays. Calculer des taux globaux, ne pas différencier par sexe et par âge, c'est s'interdire d'isoler d'autres facteurs de variation ;

3) Les relevés portent généralement sur une seule année. Or le nombre de cas, étant tout de même limité, est sujet à d'importantes fluctuations interanuelles.

Admettant que la statistique des causes de décès comportait de nombreuses faiblesses, nous avons pris le parti, non pas de la rejeter en bloc

mais d'en faire l'exploitation la plus précise, la plus rigoureuse, afin d'éliminer toutes les distorsions de calcul, autres que les effets de mauvaises déclarations. Même si, à l'heure de l'interprétation, on devra s'imposer de les considérer comme de simples ordres de grandeur, les chiffres proposés ici ont pour nouveauté :

a) d'associer et de comparer les suicides et les décès par accidents ;

b) de distinguer les sexes et de comparer les enfants de 5-14 ans aux adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans ;

c) de reposer sur un relevé étalé sur 10 années (1958-1967) ;

d) de rapporter ces chiffres à une statistique très précise de la population du sexe et de la tranche d'âge en cause : celle du Recensement Général de la Population de Mars 1962, au coeur de la décennie étudiée.

Il importe d'apporter les précisions suivantes :

1. La statistique des décès est celle des décès domiciliés : on évite ainsi les distorsions qu'entraineraient les accidents de la route, les décès survenus au lieu de vacances ou en établissement.

2. Les calculs ont été faits jusqu'au niveau du département et pas seulement au niveau de la région. Il constitue en effet la "personnalité" géographique la plus aisée à définir : il est reconnu comme fortement industrialisé et urbanisé, le Rhône par exemple, ou au contraire comme rural et agricole (la Lozère), etc... Des cartes ont été dressées à ce niveau et confrontées à d'autres cartes portant divers indicateurs des structures démographiques, économiques et sociales. Mais les cas de suicides infantiles étant fort rares, on joue sur des chiffres si faibles, que les taux s'en trouvent soumis à des variations énormes. Comment étudier notamment la distribution géographique des 32 cas de suicides reconnus en France et en 10 années chez les filles âgées de 5 à 14 ans ? Quitte à perdre en précision, par le jeu des compensations, quant à la définition du milieu, il fallait passer au niveau régional, plus exactement aux deux niveaux de regroupement actuellement utilisés par l'INSEE : les 21 régions de programme (nous avons détaché la Corse de la région Provence-Cote d'Azur en raison de l'imprécision des statistiques relatives à l'île) et, à un niveau plus élevé de regroupement, les 8 Zones d'Etude et d'Aménagement du Territoire ou ZEAT.

3. La présentation des résultats se fera de préférence sous la forme de taux relatifs comparant la fréquence ou l'intensité des phénomènes dans un département ou dans une région à ce qu'elles sont en moyenne pour l'ensemble de la France. Le constat des différenciations régionales en sera plus aisé tandis que les taux bruts sont peu expressifs : 7.117 décès par accidents en 10 ans pour 4.150.000 garçons âgés de 5 à 14 ans

vivant en 1962 font 1,72 pour mille, soit un taux annuel moyen de 0,17 pour mille. Les 121 suicides donnent sur les mêmes bases un taux annuel de 0,00292 pour mille dans l'ensemble de la France, les taux varient dans une proportion de 1 à 5. C'est bien cette proportion qu'il importe de retenir. On le fera par la conversion de ces taux en indices régionaux sur la base: moyenne de la France = 100. Du même coup les comparaisons décès-accidents ou enfants-adolescents en seront facilitées.

4. La validité de cette statistique établie sur dix ans se trouve bien sûr limitée par certains facteurs, à commencer par le nombre élevé de décès dont la cause est indéterminée (la catégorie BE 45 de la nomenclature abrégée). La proportion que se taille cette catégorie dans l'ensemble des décès de tous âges et des deux sexes réunis nous est connue (8 % en 1958-59) ainsi que sa répartition régionale. Nous avons établi, à titre de test, la carte des décès indéterminés par sexe chez les enfants de 5 à 14 ans pour deux années (1958-59). La Corse et la Seine-Maritime s'y font remarquer, comme attendu, mais il n'apparaît pas d'ensembles régionaux, de distributions susceptibles d'être aisément reliées à d'autres phénomènes non plus.

En ce qui concerne les accidents, la statistique départementale a, pendant quatre ans (1958-61), regroupé accidents (BE 47/48) et homicides (BE 50) ce qui entraîne une différence de 39 cas entre le total des départements (7.117) et le total national (7.078) présenté dans le chapitre précédent. Elle est négligeable. Les accidents sont pour moitié des accidents dûs à des véhicules à moteur. Les chiffres de la Haute-Savoie et du Var trahissent cependant des catastrophes ayant frappé des groupes d'enfants ou l'ensemble de la population (la rupture du barrage de Malpasset).

5. Le relevé de 7.200 données annuelles, leur addition, le calcul des taux puis des indices régionaux ayant été effectués sans le secours de calculateurs, le temps a manqué pour chercher le raffinement dans les essais de corrélation entre les phénomènes. Le test du $\chi 2$ a cependant été appliqué pour mesurer la relation entre suicides et accidents par ZEAT. La recherche des corrélations s'est effectuée essentiellement sur des graphiques et par la confrontation de cartes.

B - PRESENTATION DES RESULTATS.

a - L'AMPLITUDE DE LA DIFFERENCIATION REGIONALE

Les décès reconnus comme suicides étant rares entre 5 et 14 ans (121 garçons et 32 filles en dix années contre respectivement 2.277 et 1.170 chez les jeunes de 15 à 24 ans), il est normal d'observer une plus grande amplitude pour les enfants. Se déclarent d'ailleurs exempts de tout suicide infantile pendant la décennie 40 départements en ce qui concerne les garçons et 68 quant aux filles.

Nombre de suicides	Nombre de départements ayant recensé	
	n. suicides de garçons	n. de suicides de filles
5 et plus	4	-
4	4	-
3	12	1
2	11	8
1	19	13
0	40	68
Total	90	90

Parmi les 50 départements ayant relevé au moins un cas, le taux le plus faible sur la base France = 100 s'établit à 38 pour le Rhône (un cas pour 90.550 garçons) et le plus élevé à 465 pour la Haute-Savoie (4 cas pour 29.450). Parmi les 22 départements accusant au moins un suicide féminin chez les 5-14 ans, la variation des taux est plus grande : un seul cas en Seine-et-Oise pour 212.400 filles donne l'indice régional 59 contre 1.275 pour le Territoire de Belfort (un cas pour 9.790 filles).

Il est clair que les calculs gagnent à porter sur les ensembles plus vastes des ZEAT. A ce niveau, les indices régionaux varient dans une proportion de 1 à 3 pour les garçons : de l'indice 48 pour le Sud-Ouest à l'indice 142 pour le Bassin Parisien et de 1 à 6 pour les filles : de 31 pour le Sud-Ouest à 184 pour le Bassin Parisien encore.

TABLEAU 4. Indices régionaux (France = 100) de la fréquence relative des suicides (S) et des décès par accidents (A) par sexe, par âge, par ZEAT.

ZEAT		Enfants de 5 à 14 ans				Jeunes de 15 à 24 ans			
		Garçons		Filles		Hommes		Femmes	
Abr.		S	A	S	A	S	A	S	A
P	Paris	73	78	119	90	111	72	125	89
BP	Bassin parisien	142	100	184	104	115	104	134	110
N	Nord	129	111	69	90	109	86	87	84
E	Est	135	126	124	124	107	116	97	113
W	Ouest	74	101	42	100	102	96	82	95
SW	Sud-Ouest	48	89	31	96	79	94	85	102
CE	Centre-Est	113	101	114	87	82	104	78	100
MDT	Méditerranée	67	104	33	119	77	105	92	108
FRANCE		100	100	100	100	100	100	100	100

b - LA CONSTANCE DES RELATIONS.

La statistique régionale appelle ensuite l'observation des chiffres selon une double perspective déjà utilisée dans l'analyse effectuée au niveau national : la perspective de l'équilibre entre les sexes, que mesure la sex ratio, d'une part, et l'élévation de la fréquence des phénomènes avec le passage de l'enfance à l'adolescence, que mesurent les taux de progression d'autre part.

La sex ratio, qui s'établit en matière de suicide à 26,4 filles pour 100 garçons chez les enfants de 5 à 14 ans en France, connaît une différenciation régionale assez nette, puisque les taux extrêmes sont ceux du Nord et de la Méditerranée avec 14,3 % d'une part et celui de la Zone de Paris avec 42,8 % d'autre part. Entre ces deux extrêmes, le rapport est de 1 à 3. La différenciation régionale s'atténue avec l'âge puisque chez les adolescents, l'amplitude de la sex ratio se réduit de moitié, le rapport entre celle de l'Ouest (41 %) et celle de la Zone de Paris (60,4 %) n'étant plus que de 1 à 1,5.

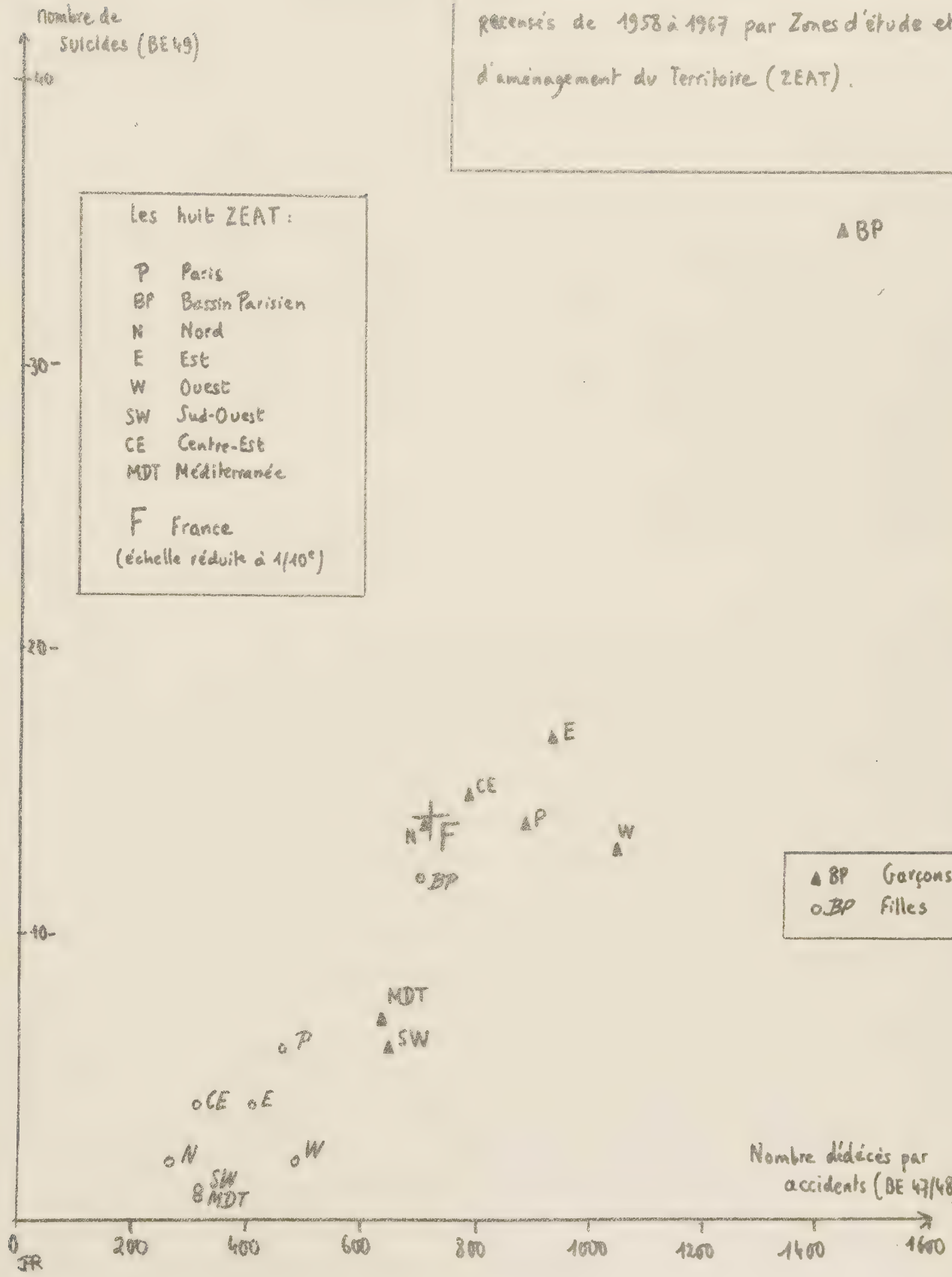
Il est à noter qu'en matière d'accident la distribution régionale de la sex ratio s'oppose à celle qui prévaut en matière de suicides sur trois points : l'amplitude est inférieure, elle est stable de l'enfance à l'adolescence (les écarts entre les extrêmes sont dans un rapport de 1,3 et 1,35 pour 1) ; enfin les répartitions géographiques des valeurs fortes et faibles n'ont rien de commun, sauf en ce qui concerne la Zone de Paris, où le taux de féminité des deux types de décès est élevé, et de la Zone du Nord, où il est bas. La sex ratio est ici calculée sur le nombre de cas et non par confrontation des taux de fréquence relative des décès chez l'un et l'autre sexe. Il importe peu car, avant 14 ans, la composition par sexe de la population est assez égale de par la France.

La conclusion que l'on tire de cet examen de la sex ratio est qu'elle est anormalement basse (inférieure de dix points à la moyenne française) dans quatre ZEAT, celle du Nord d'une part et les trois qui composent la moitié sud-ouest du territoire (Ouest, Sud-Ouest et Méditerranée) d'autre part. Or ces trois dernières régions sont celles qui enregistrent les plus faibles taux de suicides infantiles. Cette coïncidence mérite d'être mise, au moins partiellement, au compte d'un sous-enregistrement des suicides infantiles.

La fréquence des suicides et des décès par accidents s'élève d'autre part avec l'âge. Mais les taux de progression calculés par confrontation des fréquences chez l'enfant et chez les jeunes de 15 à 24 ans s'établissent différemment d'une région à l'autre. Une fois de plus l'amplitude des écarts observables est plus grande pour les suicides, notamment chez le sexe féminin que pour les accidents. En moyenne, la fréquence des suicides se multiplie par 24,6 de l'enfance à l'adolescence chez les garçons et par 48,5 chez les filles. Mais ces facteurs de multiplication varient de 17,2 dans la Zone du Centre-Est à 40,3 dans le Sud-Ouest chez les premiers, de 32,9 en Centre-Est à 134,5 dans le Sud-Ouest encore pour les secondes. Ainsi, bien que tous ces calculs reposent sur des chiffres extrêmement faibles, des constances et des coïncidences apparaissent : une liaison étroite entre les taux de fréquence chez les enfants de 5 à 14 ans et les taux de progression de l'enfance à l'adolescence se dessinent très nettement, provoquant une atténuation des contrastes régionaux avec l'âge. Pour être plus précis, la progression est la plus rapide dans les trois régions caractérisées par la fréquence la plus faible du suicide infantile : Ouest, Sud-Ouest, Méditerranée.

Il convient de relever qu'en matière d'accidents, dont les cas sont infiniment plus nombreux et dont les divers taux sont du même coup plus sûrs et moins contrastés, on ne retrouve pas aussi marquée cette corrélation inverse entre taux de fréquence relative et taux de progression qui se dessine fort bien pour les suicides. Qu'elle puisse être observée aussi nettement dans les cas infiniment plus rares de suicides prend alors une signification précise : la moitié sud-ouest du territoire est peut-être moins une région relativement épargnée par le suicide infantile et sujette ensuite à un certain "rattrapage" qu'une région où le suicide infantile est sous-enregistré parce qu'il est plus "scandaleux" que celui de l'adolescent ou du jeune adulte. En tout état de cause, cette situation régionale particulière se trouve correspondre à l'anomalie relevée dans la sex ratio. En définitive, il y a bien en France, d'une région à l'autre, une inégale fréquence du suicide infantile - et du suicide de l'adolescent - mais il semble certain que la géographie du fait suicidaire recensé recouvre deux choses différentes dont il est bien difficile de faire le départ : une fréquence effectivement inégale et des disparités de recensement.

Nombre de décès par suicides et paraccidents chez les garçons (▲) et chez les filles (○) de 5 à 14 ans recensés de 1958 à 1967 par Zones d'étude et d'aménagement du Territoire (ZEAT).

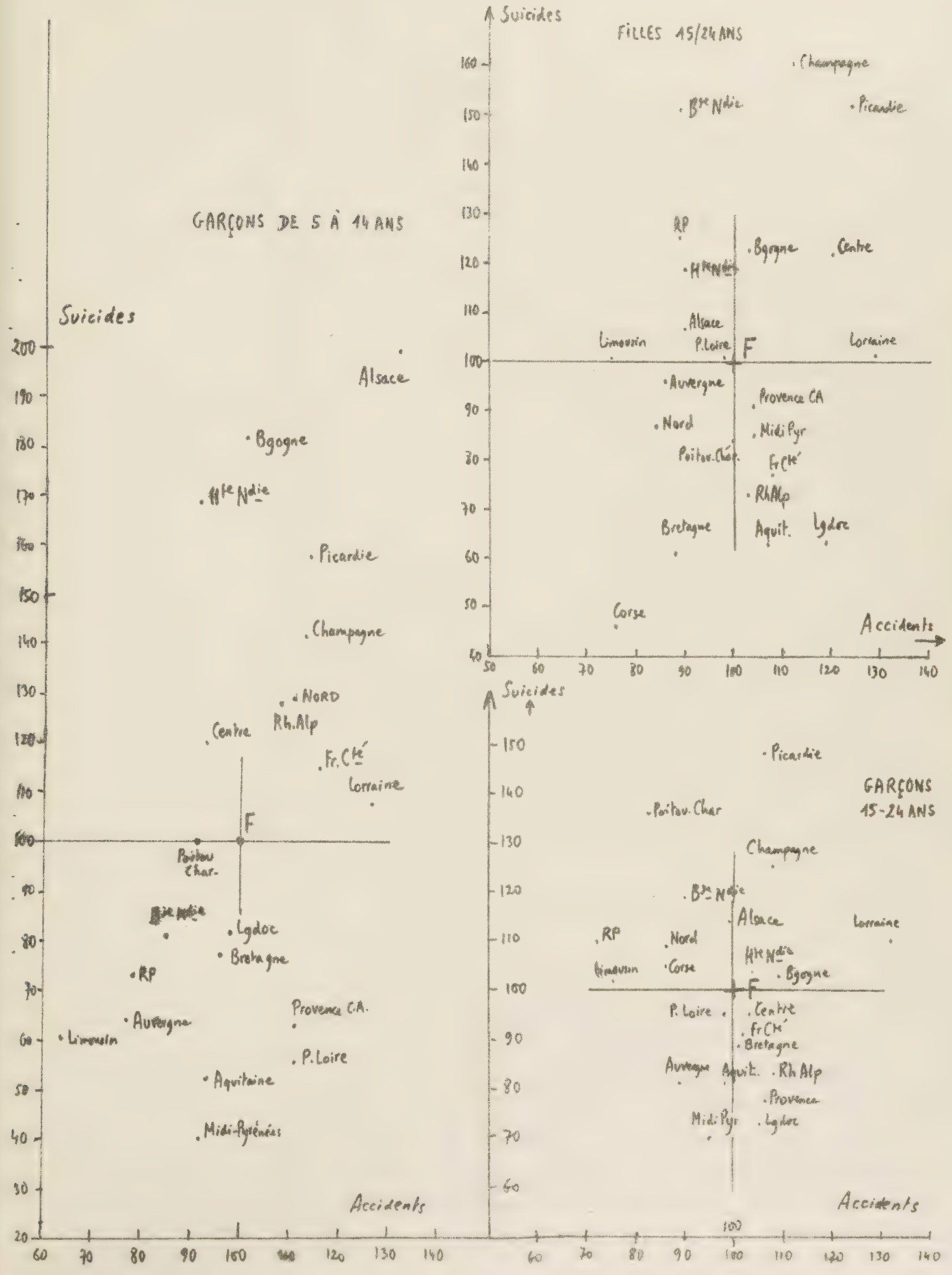


3 - LE PROBLÈME DE L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.

Suicides et accidents comportent donc plus d'un lien. On s'en est persuadé au niveau national jusque dans les correspondances observables dans les différentes modalités de décès et l'on a conclu que certains accidents masquaient des cas de suicides. On vient d'en trouver confirmation dans le fait que la distribution conjointe des uns et des autres dans les différentes régions présentait des particularités remarquables. Mais nous ne sommes pas en mesure de mesurer l'importance de ce transfert statistique de la rubrique BE 49 de la Nomenclature abrégée à la rubrique 47/48, ceci d'autant moins qu'il reste l'effectif important, mais régionalement inégal, des causes indéterminées (BE 45). En outre il ne doit pas être oublié qu'un décès accidentel sur deux chez les jeunes est dû à la route et se trouve de ce fait dans la quasi-totalité des cas exempt de tout soupçon de transfert. Il y a donc un délicat problème d'interprétation. Il n'en demeure pas moins que l'observation conjointe des suicides et des décès accidentels est préférable au seul examen des morts déclarées volontaires.

Avant tout calcul de fréquence relative, la confrontation directe du nombre de cas dans les différentes ZEAT n'est pas sans intérêt. Elle peut d'abord être faite graphiquement (graphique n° 2) : une certaine proportionnalité se dessine incontestablement entre les deux types de décès, tant chez les garçons que chez les filles ; la distribution régionale au long de l'axe est très comparable pour les deux sexes, mettant très loin en avant la Zone du Bassin Parisien, tandis que Méditerranée et Sud-Ouest sont épargnés ; enfin les déviations par rapport à cet axe sont assez remarquables pour les deux sexes : forte représentation des suicides en comparaison du nombre d'accidents dans la Zone Centre-Est et dans le Nord, sous-représentation au contraire dans les trois zones du Sud-Ouest : Ouest, Sud-Ouest et Méditerranée. Le test de Pearson nécessite la considération des deux sexes réunis pour porter sur un plus grand nombre de cas. Le calcul donne $\chi^2 = 8{,}716$ pour 6 degrés de liberté. En d'autres termes les répartitions régionales des suicides et des accidents diffèrent à un risque $\alpha = 15\ \%$. L'indépendance des deux distributions n'est sans doute pas négligeable mais quand on songe à la place des accidents automobiles dans les décès accidentels, un sur deux rappelons-le, on est étonné de cette liaison.

Fig. 3 Fréquence relative (France = 100) des suicides et des accidents



Il est apparu désirable de confronter la distribution régionale de ces morts brutales survenant à l'âge de l'enfance à celle qui prévaut pour la tranche d'âge 15 à 24 ans. Mais celle-ci, qui voit l'entrée dans la vie active et du même coup des migrations régionales, peut comporter au moins au niveau départemental des déséquilibres dans la répartition par sexe de la population. Il fallait donc calculer des taux de fréquence pour 100.000 habitants de l'âge et du sexe concerné, même si certains départements manquaient pour n'avoir, en dix ans, observé aucun cas de suicide infantile, du sexe féminin notamment. Il est clair que, portant sur des chiffres bruts extrêmement réduits, ces taux sont très contrastés et que les indices régionaux par rapport au taux moyen français égal à 100 sont par trop sensibles. Il n'est pas question dans ces conditions de retrouver de parfaites ressemblances, un ou deux cas de suicides suffisant à déplacer considérablement la position d'un département sur l'échelle de fréquence du suicide. Mais il y a pourtant, au delà, des différences de détail, un certain nombre de traits remarquables dans la distribution régionale et départementale des suicides et des accidents, chez les enfants et chez les adolescents, chez les garçons et les filles. Un grand nombre de cartes et de graphiques ont été établis, qu'il n'est pas possible de présenter ici pour des raisons matérielles de reproduction mais qui peuvent être produites. Parfois la moyenne a été faite des indices relatifs (France = 100) établis séparément pour chaque sexe. L'indice équipondéré des deux sexes se trouve donner une mesure plus globale du phénomène et facilite le croisement avec divers paramètres démographiques, économiques et sociaux. La figure 4 est établie sur ce mode.

De l'ensemble de cartes et de graphiques se dégagent les conclusions suivantes :

1. - le suicide infantile, tout comme celui des 15 à 24 ans, est, tout au moins en termes de suicides <u>enregistrés comme tels</u>, un phénomène beaucoup plus répandu dans la moitié nord du territoire français. Plus exactement, sa fréquence relative est particulièrement élevée dans l'ensemble du Bassin Parisien, dans un rayon de 200-250 kilomètres autour de Paris, la région du Nord (Nord et Pas-de-Calais) étant exclue, de même qu'est épargnée la Région Parisienne elle-même. Autrement dit, Champagne, Picardie, Haute et Basse-Normandie ainsi que la Sarthe, les régions Centre et Bourgogne au moins partiellement, sont particulièrement con-

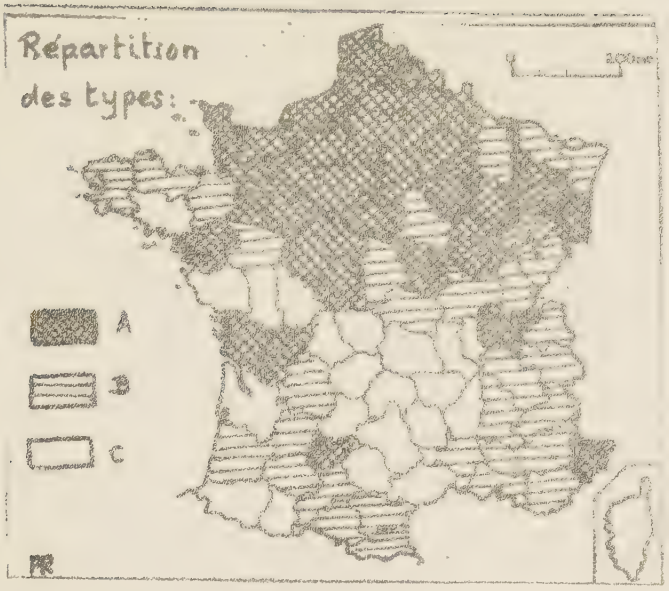


Fig. 4

Types de départements selon la Fréquence relative comparée des accidents chez les enfants et des suicides chez les adolescents de 1958 à 1967.

Fréquence relative des suicides chez les jeunes de 15 à 24 ans (indice France = 100 équipondéré pour les 2 sexes)

Fréquence relative des décès par accident chez les enfants de 5 à 14 ans

indice France = 100
(indice équipondéré des 2 sexes)

cernées ainsi que les départements voisins de la Porte d'Alsace : Territoire de Belfort, Haut-Rhin et Vosges. A l'inverse, la région du Nord, la Lorraine et l'Alsace septentrionales, la Région Parisienne et, beaucoup plus nettement encore la Bretagne, sont moins atteintes. La moitié Sud du territoire est globalement plus épargnée encore, notamment la moitié sud du Massif Central. Seules résurgences timides du suicide : l'Ain, la Côte d'Azur (Alpes Maritimes et Var, au moins chez les 15 à 24 ans), le Lot-et-Garonne et les Charentes.

2. - La carte des décès accidentels n'est pas exactement identique à celle du suicide. Elle oppose une France du Nord-Est et une France du Sud-Ouest de part et d'autre d'une ligne brisée Avranches-Lyon-Marseille. Au Nord-Est, la Picardie, les départements centrés autour de la Sarthe, et tout l'Est du Territoire, de la Moselle aux Bouches-du-Rhône, se trouvent particulièrement affectés. Dans la moitié Sud-Ouest de la France, relativement épargnée, une certaine recrudescence des accidents se dessine au coeur de l'Aquitaine, des Landes au Tarn-et-Garonne.

Cette carte de la fréquence relative des accidents, tant chez les enfants que chez les adolescents, est délicate à interpréter, bien que les décès soient "domiciliés" et non comptabilisés au lieu du drame. Les départements comportant une très grande ville sont épargnés et il faut y voir l'effet de la qualité et de la proximité des équipements hospitaliers. Il est sûr aussi que la carte enregistre les effets des conditions de la circulation routière : verglas du Nord-Est et des régions montagneuses. L'opposition des Alpes et du Massif Central bien davantage épargné et pourtant plus mal relié peut-être aux équipements hospitaliers que les grandes vallées alpestres est à mettre au moins partiellement au compte d'une moindre intensité de circulation. Plus généralement, il semble que la fréquence relative des accidents chez les enfants et chez les adolescents soit plus élevée dans la moitié Nord-Est du territoire par le fait d'une urbanisation et d'une industrialisation plus prononcées, encore que la région du Nord soit au niveau de la moyenne nationale. La sur-représentation de la Moyenne Garonne en regard des autres régions rurales pourrait bien correspondre, très partiellement il est vrai car les ordres de grandeur respectifs ne sont pas les mêmes, à quelques transferts de suicides au compte des accidents.

TABLEAU 5. Constance des relations observables dans la distribution des suicides et des accidents par sexe et par ZEAT :

Taux annuel moyen de fréquence relative pour 100.000 enfants de 5 à 14 ans (TFR), multiplicateur de la fréquence relative entre l'enfance et l'adolescence (MF) et sex ratio des cas recensés (SR).
(Les ZEAT sont dans l'ordre décroissant de fréquence du suicide).

SUICIDES						
ZEAT	GARCONS		SEX RATIO			FILLES
	TFR	MF	5-14	15-24	ZEAT	TFR	MF
BP	0,415	19,8	34,2	59,0	BP	0,148	35,1
E	0,393	19,6	23,5	45,3	E	0,097	39,0
N	0,376	20,8	14,3	41,3	P	0,096	50,6
CE	0,330	17,2	26,7	48,2	CE	0,091	32,9
W	0,214	34,2	15,4	41,1	N	0,055	60,7
P	0,212	37,5	42,8	60,4	W	0,034	93,5
MDT	0,196	28,2	14,3	52,1	MDT	0,030	102,3
SW	0,141	40,3	16,7	55,0	SW	0,025	134,5
F	0,292	24,6	26,4	51,4	F	0,080	48,5
ACCIDENTS						
E	21,6	4,21	44,1	23,0	E	9,95	2,27
N	19,2	3,52	37,6	24,0	MDT	9,79	2,21
MDT	17,9	4,61	50,6	24,3	BP	8,62	2,55
CE	17,6	4,62	39,8	28,1	W	8,26	2,29
W	17,4	4,33	46,1	23,9	SW	7,87	2,59
BP	17,2	4,74	48,6	25,4	N	7,43	2,26
SW	15,2	4,85	49,6	26,1	P	7,41	2,39
RP	13,5	4,18	52,5	31,1	CE	7,18	2,79
F	17,2	4,56	46,2	24,2	F	8,25	2,42

3.- On a reconnu au niveau des grandes zones du territoire une relation entre suicides et accidents. On peut s'interroger sur la précision de cette relation au niveau départemental. Comme de nombreux départements sont exempts de suicides infantiles, on a confronté les décès accidentels chez les enfants de 5 à 14 ans et les suicides chez les 15-24 ans, par le moyen d'un graphique reproduit dans la figure 4. Un certain nombre de départements y ont une position très excentrée, tels le Var (83) et la Haute-Savoie (74) à la suite de catastrophes collectives ou au contraire ceux du Massif Central, moins sujets aux accidents. Mais sur 90 départements, 69 se concentrent dans une ellipse dont le grand axe s'aligne de 07 à 80 et le petit de 75 à 57. Sa disposition générale établit une relation sans doute un peu lâche mais néanmoins visible entre les deux causes de décès.

On ne dira certes pas que l'accident infantile prédispose au suicide de l'adolescent mais qu'une certaine parenté paraît les lier. Le rapprochement peut sembler insolite mais l'accident infantile est moins souvent que celui de l'adolescent un drame de la route. Autrement dit, il est davantage l'effet de la négligence et d'un manque de surveillance de la part du milieu familial ou l'effet de l'acceptation du risque et de l'adoption d'une conduite dangereuse par l'enfant.

Trois ensembles se dessinent sur le graphique, définissant trois types de départements dont la répartition géographique ensuite n'est pas sans intérêt. Le type A se caractérise par des taux conjointement élevés de suicides et d'accidents. Il s'agit pour l'essentiel du Bassin Parisien et de sa périphérie auxquels s'ajoutent cinq départements plus méridionaux dont on reparlera. A l'inverse le groupe C (peu d'accidents, peu de suicides, toujours relativement aux effectifs de la population concernée), se localise dans le Massif Central et dans différents départements de la moitié Sud-Ouest du territoire. Le groupe B constitue un cas intermédiaire avec une fréquence du suicide inférieure à la moyenne mais avec beaucoup plus d'accidents. L'effet de la dissimulation du suicide n'est pas à exclure mais ne saurait jouer le rôle essentiel d'autant que le suicide est ici dénombré chez les 15 à 24 ans, c'est-à-dire à un âge où la mort volontaire est davantage affichée par le suicidant et moins "scandaleuse" que celle de l'enfant aux yeux de l'entourage.

4. - Il semble bien que se dessine ainsi une répartition régionale de la fréquence du suicide : taux plus élevés dans la moitié Nord-Est et plus spécialement dans le Bassin Parisien ; taux inférieurs dans la moitié Sud-Ouest du territoire. L'idée vient d'abord de relier cette distribution au clivage France industrialisée du Nord-Est, France rurale et agricole du Sud-Ouest. Le schéma doit avoir une part de réalité, sans qu'il y ait pour autant proportionnalité puisque : la région du Nord et les départements incluant les plus grandes villes ne viennent assurément pas en tête. Cette distribution régionale peut aussi avoir une autre explication : les régions épargnées (Sud du Massif Central, Bretagne, Lorraine et Alsace septentrionnales) sont des régions de forte pratique religieuse. Non pas que les enfants et adolescents soient davantage persuadés du péché qu'est le suicide. Mais l'ambiance familiale d'une part, la dissimulation en accident d'un acte condamné par la religion d'autre part sont susceptibles de réduire le nombre des cas reconnus.

5. - Mais il ne semble pas que la distribution départementale soit seulement organisée par grands ensembles régionaux car la Sarthe diffère profondément de l'Aisne sur le plan géographique et les moyennes établies par régions de programme et par ZEAT cachent quelquefois une certaine disparité. Les cartes font d'ailleurs apparaître des exceptions. Si on les observe de plus près, on peut se demander s'il n'y a pas une certaine logique dans la distribution des taux:par auréoles concentriques autour des grands pôles urbains. Entre les départements-centres (Région Parisienne, Rhône, Nord, Gironde, Haute-Garonne, etc...) relativement exempts de suicides et d'accidents au regard de leur chiffre de population, et les départements les plus foncièrement ruraux et agricoles de la Bretagne et du Massif Central également épargnés, n'y a-t-il pas une auréole intermédiaire, particulièrement affectée par la fréquence des suicides et des accidents ? La plus nette est bien sûr constituée par le Bassin Parisien. A proximité de Lyon, l'Ain et la Haute-Savoie ; près de Bordeaux, les Charentes ; entre Bordeaux et Toulouse la moyenne Garonne (selon les cartes, Lot, Lot-et-Garonne, Tarn-et-Garonne, etc...) ; enfin ces ensembles urbanisés ou industrialisés que constituent la Porte d'Alsace et la Côte d'Azur, tels sont les divers cas qui viennent étayer cette autre façon d'apprécier la distribution régionale.

Proposant deux schémas d'organisation spatiale du fait suicidaire, on risque de paraître bien incertain. En juger ainsi serait d'abord oublier que l'observation porte sur des nombres extrêmement faibles et sujets à caution comme il a été dit à maintes reprises. Le relevé décennal est déjà une opération assez lourde pour le chercheur isolé. Une période plus longue aurait au demeurant comporté différents inconvénients, quant à la population de référence notamment. Mais bien plus, il ne nous paraît pas invraisemblable que la géographie du fait suicidaire, telle qu'elle se dessine ici à traits encore grossiers, puisse obéir à une double logique, celle d'un milieu régional de vaste étendue, assez bien cerné par les ZEAT de l'INSEE, et celle de la position géographique entre grande métropole et périphérie rurale. En tout état de cause, cette façon de voir attend une caution. Si elle pouvait trouver une correspondance dans la distribution de divers paramètres démographiques et sociaux, elle y trouverait non certes une explication simple et directe mais, d'une certaine manière, la preuve de sa cohérence.

B - ECOLOGIE DU FAIT SUICIDAIRE INFANTILE

L'analyse géographique du fait suicidaire infantile ne s'arrête pas à l'enregistrement de la différenciation spatiale. Elle lui cherche une explication. D'emblée, il apparaît qu'il faut rejeter l'idée d'une liaison étroite et simple entre fait suicidaire et urbanisation, puisque le suicide infantile est rare tant dans les départements comportant les plus grandes villes (à commencer par ceux de la Région Parisienne) que dans les départements les plus ruraux et agricoles de l'Ouest et du Sud du Massif Central. De toutes façons, il est sage de penser que le contexte résidentiel, économique et social n'influe guère directement sur la conduite des enfants mais peut agir en conditionnant la vie du groupe familial. L'examen des particularités régionales du milieu familial, on veut dire ce qu'en appréhendent les moyennes statistiques, s'impose donc tout d'abord.

1 - LE MILIEU FAMILIAL

L'analyse s'appuie sur les données du Recensement Général de la Population (RGP) de 1962, au coeur de la décennie étudiée : chiffres exhaustifs des départements et régions tirés des fascicules imprimés, et enquête complémentaire au 1/20ème sur la structure des familles (INSEE, Coll D.13). Elle s'inspire également d'études de l'INED publiées dans la revue Population. On doit peut-être regretter cependant que les données soient présentées trop exclusivement dans l'optique de l'étude de la fécondité, fondement des calculs prospectifs. La composition interne des familles n'y est pas présentée avec la même précision. L'inconvénient pour notre propos est grand : ainsi, le suicide infantile reconnu est plus fréquent dans la moitié nord de la France, plus jeune et plus féconde. Cette fécondité est-elle l'effet d'un mariage plus précoce et plus généralisé, ou se traduit-elle par un plus grand nombre d'enfants par famille ? En d'autres termes, le jeune âge des parents, ou la composition de la fratrie sont-ils susceptibles d'intervenir ? Il est difficile de répondre quand on ignore la répartition des enfants entre les différents types de familles biologiques qui pourraient être les suivants :

- famille biologique initiale et complète,
- famille touchée oar le décès ou le départ d'un parent ou d'un enfant (ou de plusieurs),
- famille comportant un couple remarié, avec des enfants d'un ou de plusieurs lits.

C'est donc souvent de façon indirecte et approchée que l'on trouvera réponse aux questions relatives à la structure familiale.

a - LA DISSOCIATION DU MILIEU FAMILIAL

L'analyse clinique a montré que la conduite suicidaire de l'enfant était souvent le fruit de la dissociation familiale, à la suite du décès ou d'un parent ou plus encore à la suite du divorce, suivi souvent d'un remariage.

La fréquence du divorce chez les femmes de 25 à 39 ans, en 1962, c'est-à-dire susceptibles d'être les mères des enfants suicidés,

mérite donc un examen, qui fait l'objet de la Figure 5. Deux régions se détachent très nettement : la région parisienne et la région Provence Côte d'Azur. On doit rappeler qu'il ne s'agit pas entièrement d'une fatalité régionale, mais que souvent, des femmes préalablement divorcées migrent vers la capitale ou vers les activités de service de la Côte d'Azur pour y trouver un emploi et y refaire leur vie. La divortialité est à l'inverse beaucoup plus faible en Bretagne sous l'influence de facteurs religieux, qui freinent le divorce ou invitent à la migration. Quelque soit cependant l'histoire et le cheminement de chacune, les femmes divorcées à un âge où la plupart ont des enfants se trouvent inégalement réparties sur le territoire, et une liaison étroite entre la divortialité et le fait suicidaire infantile apparaît nettement. Ceci d'autant plus que parmi les cas aberrants, certains peuvent recevoir explication : en Bretagne, la désunion du couple, dont peut pâtir l'enfant, se termine rarement par le divorce. D'autre part la dissociation de la famille est ici plus qu'ailleurs l'effet de la mortalité. La Bretagne détient le record du veuvage après dix ans de mariage : 49 pour 1000 mariages vieux de dix ans (contre 40 en France et 32 en Languedoc). Le cas des régions Midi-Pyrénées et Aquitaine paraît lié au fait déjà reconnu d'un sous-enregistrement des cas de suicides infantiles. L'Alsace, où le veuvage est également précoce (45 pour 1000) et la Bourgogne ont ceci de particulier que, sur tous les graphiques leurs positions sont toujours voisines et aberrantes, dans le sens d'un "excès" de suicides infantiles. Cette constance de position invite à voir là un enregistrement statistique plus intensif du suicide infantile plus qu'une particularité régionale, qui s'estompe au demeurant à l'âge de l'adolescence alors que les hauts niveaux des régions du Bassin Parisien se maintiennent après l'enfance. Restent enfin Provence-Côte d'Azur et Région Parisienne : mais les divorcées ont peut-être là moins d'enfants.

En effet, toute femme divorcée n'est pas nécessairement mère et le nombre moyen d'enfants peut varier d'une région à l'autre. Il faut donc rechercher une seconde mesure de la relation entre divortialité et suicide infantile. De l'enquête des familles de 1962, on extrait d'abord de la table de divorce après 10 ans de mariage. (P.82) le nombre de femmes divorcées. Ensuite on relève le nombre moyen d'en-

fants qu'ont, au bout de 10 ans de mariage 1000 femmes qui s'étaient mariées à un âge compris entre 20 et 24 ans (le cas le plus fréquent). Sans doute le divorce a-t-il pour effet d'arrêter, en règle générale, la naissance de nouveaux enfants.

En croisant fréquence du divorce et fécondité moyenne du couple, on ne prétend donc pas définir le chiffre exact d'enfants témoins du divorce des parents, mais prendre une mesure de la différenciation régionale observable dans la fréquence de la situation ainsi faite aux enfants. Sur la Figure 5 bis, la mesure approchée du nombre d'enfants vivants et témoins du divorce des parents pour 1000 mariages vieux de 10 ans réduit considérablement l'écart entre la Région Parisienne ou la Provence et les régions du Bassin Parisien ; les cas aberrants restent les mêmes et la liaison entre la dissociation familiale et le suicide infantile se lit à nouveau.

La moitié nord-est du territoire se distingue donc une fois de plus. On ne s'en étonne pas outre mesure si l'on sait que le remariage après divorce, qui crée pour l'enfant une situation non nécessairement mais assez souvent aggravante, y est nettement plus fréquent que dans le reste de la France : 10 ans après le divorce, et pour 100 dissolutions, on compte 61 remariages en Haute-Normandie, 59 en Picardie, 57 en Champagne, contre 33 seulement en Bretagne. Cette précarité plus grande du mariage est à mettre en relation avec le jeune âge des époux : c'est en Picardie, suivie par le Nord et la Haute-Normandie, que l'âge moyen de la femme au mariage est le plus bas (21,77 ans) Cette précocité doit elle-même être reliée à une plus grande fréquence des conceptions prénuptiales, établie à un niveau record en Alsace, puis en Picardie, et à un niveau toujours supérieur à la moyenne nationale dans toutes les régions de la moitié nord-est du pays. Un certain nombre de mariages "forcés" et précoces, entraînent ensuite la désunion des parents, malgré la fécondité du couple qui va de pair avec son jeune âge. Au contraire, dans la moitié sud-ouest du territoire (Provence-Côte d'Azur écartée), le mariage est généralement plus tardif, plus solide et moins fécond.

b - LA STRUCTURE DU GROUPE FAMILIAL

Rappelons que c'est la "famille biologique" telle que la définit l'INSEE ; elle est constituée d'une part d'un couple, légitime ou non, ou bien à tout le moins d'une personne adulte, (célibataire, mariée, veuve ou divorcée) et d'autre part d'un ou de plusieurs enfants non mariés de moins de 25 ans (en sorte que la famille biologique comprend au moins deux personnes). Elle est en général plus "fournie" dans la moitié nord du pays, du fait d'une plus grande fécondité. En d'autres termes la fratrie est plus nombreuse. Pourtant le nombre moyen de personnes par "ménage ordinaire", c'est-à-dire l'ensemble des occupants d'un logement privé est souvent très élevé dans le sud-ouest : le fait résulte de la cohabitation de deux familles biologiques (un jeune couple et leur enfant chez leurs parents) ou de la présence d'"isolés", c'est-à-dire de toute autre personne qu'un enfant non marié de moins de 25 ans. Ces isolés qui ont dans 90 % des cas plus de 25 ans ont souvent des liens de parenté avec le chef de ménage : grands enfants non mariés, vieux parents, oncle ou tante célibataire, etc..., ou sont des amis, des pensionnaires, des salariés logés. L'ensemble constitue un groupe beaucoup plus fréquemment représenté dans les ménages agricoles que dans les ménages urbains et qui se trouve mener une vie quotidienne assez différente de celle du ménage réduit à la famille biologique. Si, laissant de côté ceux qui n'ont pas de lien de parenté avec le chef de ménage, on compte les enfants, ascendants et autres parents qui vivent aux côtés d'une famille biologique dans 100 ménages, on observe que la moitié sud-ouest du pays fait une large place à cette structure patriarchale de la famille en comparaison de la moitié nord-est, où elle est plus rare.

Or le croisement de cette structure familiale avec le suicide infantile fait apparaître une certaine relation : la grande famille semblerait protéger l'enfant. Deux explications peuvent jouer concurremment : la protection est effective, grands parents ou vieille tante entourent l'enfant d'affection et de surveillance alors que dans le ménage réduit à la famille biologique, l'enfant peut souffrir de carences affectives quand père et mère sont retenus par leur travail. Ou bien la grande famille constitue une personne morale plus soucieuse de sa réputation locale, mieux armée pour la défendre aussi, plus à même de maquil-

ler en accident le suicide d'un enfant. Les deux facteurs doivent jouer. Mais sachant que le suicide rural est fréquemment une pendaison, plus difficile à travestir que l'intoxication ou la défenestration du jeune citadin, il ne faut pas faire une part trop exclusive à la seconde hypothèse. Il ne s'agit pas ici de faire l'éloge de la grande famille, condamnée d'ailleurs par l'évolution économique et sociale, mais de constater que la famille biologique ne trouve pas toujours les conditions d'un bon épanouissement : dans les régions où le ménage se réduit à elle seule plus fréquemment qu'ailleurs, une grande inégalité de situation au regard du suicide se lit sur la Figure 6, opposant notamment la Région Parisienne douée d'immunité au Bassin Parisien. En d'autres termes, ce sont peut-être les conditions de vie du groupe familial qu'il convient maintenant de scruter.

2 - LE CONTEXTE ECONOMIQUE ET SOCIAL.

L'analyse conjointe de la structure du groupe familial et du fait suicidaire infantile a montré que la première n'était pas étrangère à la fréquence du second, en conformité au demeurant avec les conclusions de l'analyse clinique. La rareté du divorce et la fréquence de la grande famille, qui vont généralement de pair, s'accompagnent de taux de suicide infantile - reconnu - uniformément bas. En revanche la fréquence du divorce et de la famille réduite s'accompagnent de niveaux de suicide infantile généralement élevés mais cependant assez divers, opposant à cet égard Région Parisienne et Bassin Parisien par exemple. C'est dire que les affirmations avancées ne procèdent pas d'un a priori d'ordre moral, mais de la constatation de faits objectifs, encore que très imparfaitement mesurables, déterminés en réalité par tout un contexte : le responsable de la liaison observée est moins le divorce en soi que les conditions économiques et sociales dans lesquelles il se produit et dans lesquelles peuvent se débattre famille réduite et plus encore famille dissociée.

a - LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU CHEF DE MENAGE (CSP)

On s'en persuadera en observant combien les indicateurs de la structure familiale qui viennent d'être utilisés au niveau régional sont en fait dans la dépendance de la composition socio-profession-

nelle de la population. Le Tableau 6 montre amplement combien peuvent différer les familles du salarié agricole et celle du cadre supérieur sans que soient évoquées leurs conditions matérielles d'existence. Il convient de rappeler que le groupe socio-professionnel Patrons de l'Industrie et du Commerce ne constutue pas, pris globalement, le groupe le plus privilégié, les catégories détaillées Industriels et Négociants étant noyées par la masse des catégories Artisans et Petits Commerçants.

Le plus grand confort matériel et moral revient donc aux Professions Libérales et Cadres supérieurs : mariage plus tardif, relative "sagesse" ou savoir-faire, fréquence du divorce inférieure à la moyenne, surtout, la mortalité de très loin la plus basse, enfin remariage moins fréquent grâce à l'indépendance matérielle. Viennent ensuite les classes moyennes, assez diverses : les petits patrons, artisans et commerçants, se distinguent par leur très faible fécondité, d'autant plus remarquable que leur mariage est précoce, après des relations prénuptiales très prudentes : la petite entreprise dont on est ou sera responsable impose semble-t-il sagesse et malthusianisme. Même attitude au demeurant chez les cadres moyens en quête d'ascencion sociale.

L'agriculteur exploitant a, lui aussi une responsabilité économique mais garde le comportement traditionnel qui allie sagesse, stabilité du couple et forte fécondité. Celui de l'employé est à l'opposé, fait de grande indépendance, voire d'égoïsme.

Restent enfin les catégories sociales les moins favorisées : ouvriers, salariés agricoles et personnel de service. Pour cette dernière CSP, qui est celle des gens de maison et des femmes de ménage, on ne trouvera aucune donnée sur le tableau, établi qu'il est d'après la CSP du mari. Leur handicap se lit d'abord à la fréquence de la mortalité frappant le couple avant sa dixième année : accidents du travail et alcoolisme partagent la responsabilité de cette surmortalité adulte, masculine dans la majorité des cas. Le divorce s'y ajoute, plus pour les ouvriers que pour les salariés agricoles, qui n'ont pas toujours l'accès à la reconnaissance légale de la désunion. Chez eux, 8 mariages sur 100 se trouvent avant 10 ans dissous également par la mort ou le divorce, soit deux fois plus souvent que chez les chefs d'exploitation. Or il y a de nombreux enfants :

TABLEAU 6. Données familiales et structure socio-professionnelle.

CSP du (premier) mari	1	2	3	4	5	6	7	8
0. Agric. Exploit.	22,7	0,27	243	42	37	5	17	48
1. Salariés agr.	22,2	0,37	267	80	57	23	33	58
2. Patrons ind. Cce	22,6	0,20	186	53	33	20	19	47
3. Prof.lib.,Cad.Sup.	23,7	0,23	229	49	26	23	14	44
4. Cadres moyens	23,2	0,27	192	55	32	23	21	46
5. Employés	23,0	0,31	199	73	41	32	21	50
6. Ouvriers	22,5	0,37	230	68	41	27	26	53
France	22,7	0,34	221	65	40	25	25	52

Col. 1 Age moyen au mariage, en années, de la femme (premiers mariages).

Col. 2 Fréquence des conceptions prénuptiales.

Col. 3 Nombre moyen d'enfants au terme de 10 ans de mariage pour 100 couples.

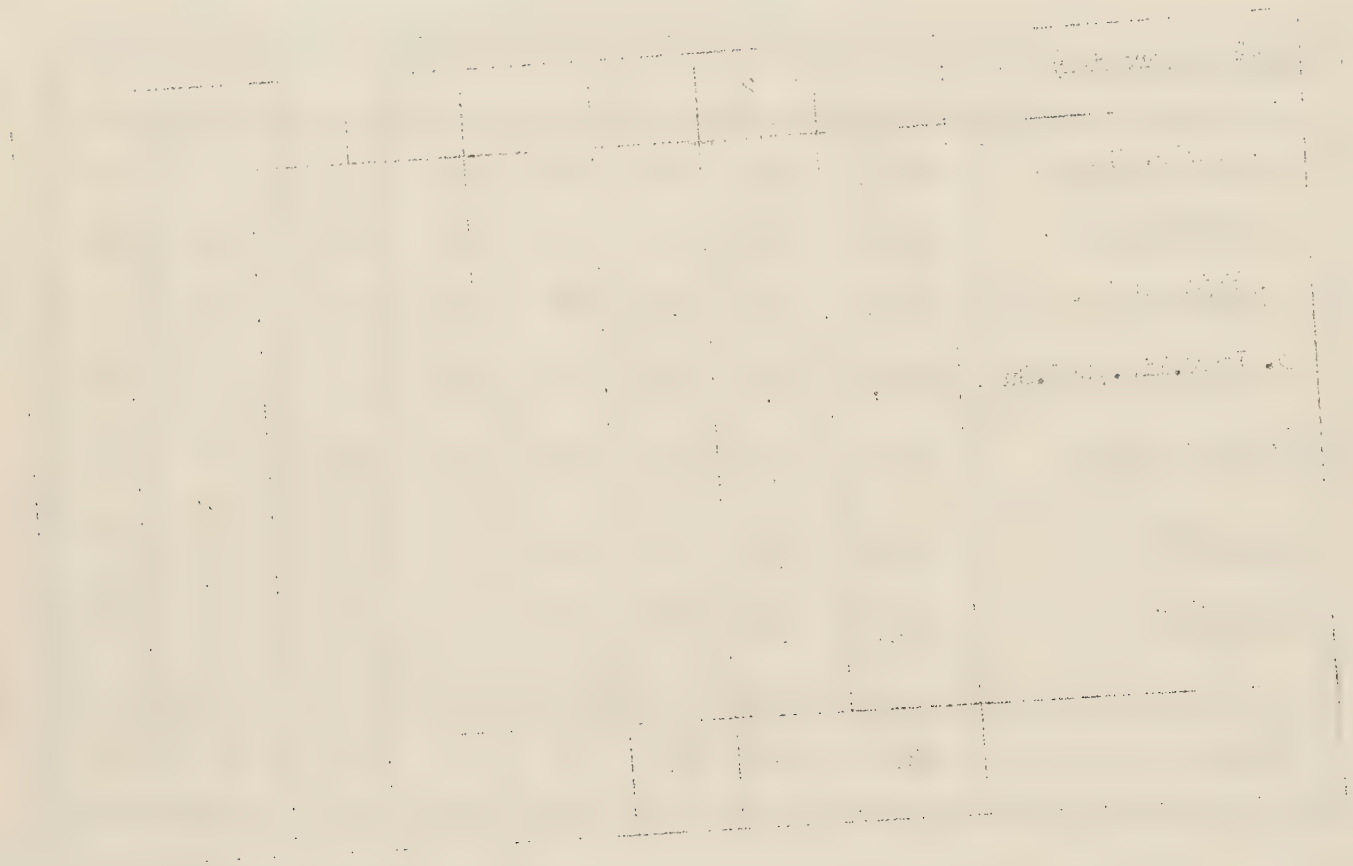
Col. 4 Somme des colonnes 5 et 6.

Col. 5 Nombre de veuvages pour 1000 mariages après 10 ans de mariage.

Col. 6 Nombre de divorces pour 1000 mariages après 10 ans de mariage.

Col. 7 Taux de remariage après veuvage : Nombre de remariages pour 100 veuvages, dix ans après le décès du conjoint.

Col. 8 Taux de remariage après divorce : Nombre de remariages pour 100 dissolutions dix ans après le divorce.



le mariage n'a pas toujours été attendu, bien qu'il survienne très tôt et il y a bien souvent trois enfants après dix ans de mariage. Tout décès ou divorce impose pour survivre de se remarier.

Les structures familiales sont donc bien dans la dépendance du niveau matériel et culturel du couple et les effets des évènements familiaux sur la vie des enfants sont également très inégaux : non seulement le divorce suivi d'un remariage est plus fréquent dans la famille du salarié agricole que chez le cadre supérieur, non seulement la dissociation du groupe familial par le décès du père y est deux fois plus fréquente, mais un plus grand nombre d'enfants se trouvent souffrir de pareils évènements. La misère matérielle fait le reste, qui conduit de surcroît à l'alcoolisme.

Il paraît justifié dans ces conditions de croiser la fréquence du suicide infantile avec la composition socio-professionnelle de la population. Mais comment définir celle-ci, qui comporte 10 groupes socio-professionnels, par un indice unique ? S'appuyant sur la CSP du chef de ménage, délaissant les catégories moyennes (Cadres moyens, employés), complexes et inégalement réparties (Agriculteurs exploitants) ou sans signification (CSP = Divers et 9 = Retraités), on n'a retenu que les extrêmes : d'un côté, Professions Libérales, Cadres supérieurs et Patrons de l'Industrie et du Commerce ont en commun une relative aisance matérielle, et la responsabilité économique et morale de leur entreprise ou de leur charge qui les oblige à se soucier particulièrement de leur réputation. De l'autre, les catégories les plus dépendantes matériellement et culturellement, les moins à même d'assurer la défense morale du groupe familial : ouvriers, salariés agricoles et personnel de service. Combien de chefs de ménage défavorisés pour 100 au contraire privilégiés ? Tel sera l'indice synthétique de la structure sociale qui sera proposé ici pour les besoins de l'étude. Confrontant dépendants et responsables, ce taux de prolétarisation caractérise la France du Nord-Est, davantage et plus précocément intégrée dans les mécanismes de la concentration économique, non seulement dans l'appareil industriel et commercial de ses villes mais jusque dans ses campagnes, et particulièrement dans celles du Bassin Parisien. La moitié Sud-Ouest du territoire français au contraire abrite, pour quelques années encore, la petite et moyenne entreprise, tant agricole qu'artisanale et commerciale.

Le croisement de la fréquence relative du suicide infantile et de ce taux de prolétarisation (Figure 8) ne manque pas d'être instructif. Il confirme la responsabilité du contexte économique et social.

b - LA PRECARITE DES RELATIONS SOCIALES.

L'analyse clinique avait relevé que nombre d'enfants souffraient non seulement de la dissociation du groupe familial mais de tout bouleversement du système de relations sociales, entraîné par les déménagements de la famille ou par les placements successifs de l'enfant. Il s'imposait donc de rechercher l'influence éventuelle de la mobilité géographique de la population.

On a pensé que la destructuration du système de relations sociales, la perte de camarades d'école, etc... n'affectait pas seulement la famille migrante mais aussi, quoique à un moindre degré, celles qui demeurent. Autrement dit, il convenait de comptabiliser outre ceux qui sont arrivés, ceux qui, par leur départ, ont modifié la composition locale de la population. Les données disponibles ne permettent pas un grand raffinement statistique : on n'a pas isolé les adultes, implicitement accompagnés d'enfants de 5 à 14 ans ; les chiffres valent pour la population de tout âge. Le mode de calcul peut prêter le flanc à la critique, par le fait qu'entre la naissance et 1962, la migration peut avoir été ancienne ; par le fait aussi que des régions d'appel, comme la Région Parisienne, et des régions d'exode comme le Limousin se retrouvaient ensemble caractérisées par un taux élevé de rotation ou de mutation du voisinage, par opposition à des régions de forte cohésion régionale comme le Nord et l'Alsace ; par le fait enfin que la mesure de la mobilité se fait seulement au niveau de la région.

Malgré ses faiblesses et son imprécision, ce taux de rotation du voisinage paraît entretenir une certaine relation avec la fréquence du suicide infantile. Sur la Figure 7, certaines positions excentriques peuvent trouver leur explication ; la population venue s'installer à Paris a un nombre d'enfants nettement plus réduit ; celle qui en repart est constituée surtout de retraités, dont le départ est sans impact sur les enfants. L'âge moyen de la population ayant quitté le Limousin est

relativement élevé ; les départs constatés sont déjà relativement anciens et affectent de ce fait assez peu les enfants de la région. Les positions aberrantes de l'Alsace, du Nord et de la région Rhône-Alpes ont une autre explication : la particularité ethnique et linguistique de l'Alsace, la très forte densité du Nord, les grandes dimensions et la complémentarité interne de la région Rhône-Alpes, font que les migrations qui les affectent restent plus qu'ailleurs circonscrites à l'intérieur de la région (celles des travailleurs étrangers ne sont pas prises en compte) et n'apparaissent pas du même coup dans cet indice de mobilité interrégionale.

Mais toutes les autres régions rentrent peu ou prou dans le schéma qui a été présenté et, une fois de plus, on voit s'opposer le Bassin Parisien aux régions de la moitié Sud-Ouest du territoire. On y verra d'abord le reflet de la composition socio-professionnelle : l'enracinement des agriculteurs et des patrons de l'industrie et du commerce de la moitié Sud-Ouest s'oppose à la mobilité géographique qui dans le Bassin Parisien affectent les salariés agricoles placés dans une situation fort précaire et les ouvriers de foyers industriels beaucoup plus exigus que ceux du Nord. On y verra peut-être ensuite l'effet de l'attraction de la Région Parisienne.

A coup sûr, on regrette de ne pas disposer d'un indicateur plus élaboré permettant de mieux saisir l'effet destructurant de la mobilité géographique qu'on ne peut ici que pressentir. Mobilité dont on vante les mérites sur le plan économique dans l'optique de l'industrialisation du pays, sans toujours se soucier des conditions concrètes de sa réalisation. On peut émettre l'hypothèse qu'un indicateur départemental bien étudié ferait apparaître une relation plus étroite entre cet effet destructurant et le suicide infantile : on se rappelle que dans la distribution départementale de celui-ci, le plus haut degré de fréquence ne concernait ni les départements les plus reculés et les plus agricoles, ni les détenteurs d'une métropole régionale, mais bien plutôt ceux qui sont placés à proximité de l'une d'entre elles, a fortiori à proximité de la Région Parisienne. Effet destructurant de l'attraction du grand centre urbain qui appelle les plus dynamiques, détruit la cohésion des groupes sociaux et familiaux sans leur fournir les conditions de restructuration et de promotion qu'assure la grande ville, effets négatifs aux-

quels s'ajoute le rejet dans les environs des hommes qu'elle a brisés : on n'est pas sans savoir que les départements voisins des grands centres s'offrent à de nombreux placements d'enfants et d'adultes tentant la difficile reconstruction d'une vie perturbée par des causes diverses.

Telles sont les conclusions auxquelles on croit devoir aboutir. Elles ne prétendent pas être clairement établies, puisqu'elles se fondent sur un nombre extrêmement faible, et étonnamment sujet à caution, de cas de suicides infantiles reconnus. Les mesures qui ont été effectuées ne sont que des ordres de grandeur. Mais la cohérence des relations qui les unissent, la concordance de ces mesures avec les données de l'analyse clinique invitent à penser que ces conclusions ne sont pas trop éloignées d'une réalité difficile à cerner.

---*---*---

Fig. 5 Suicide infantile et divorce des parents

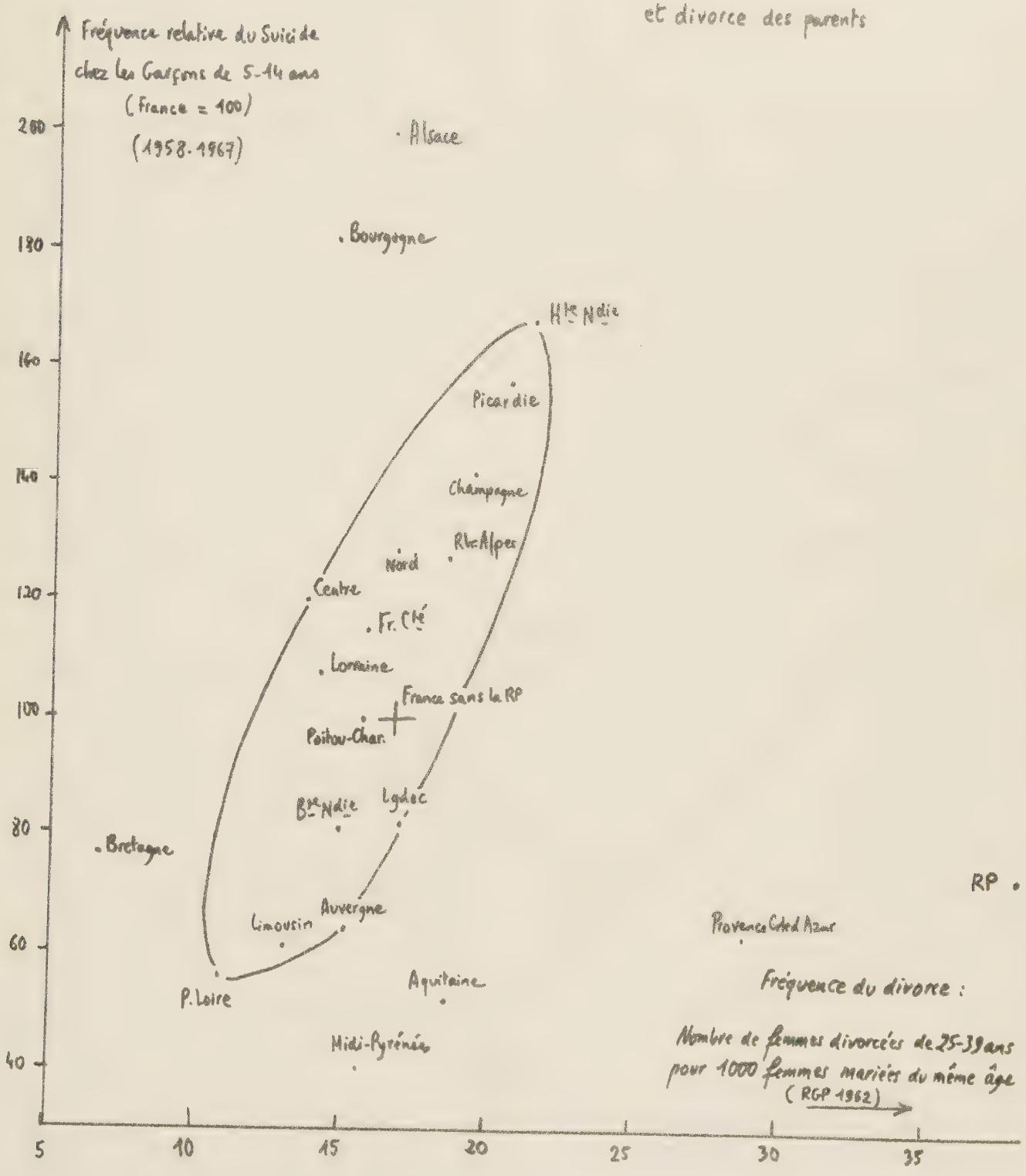


Fig 5bis Enfants de parents divorcés et suicide infantile

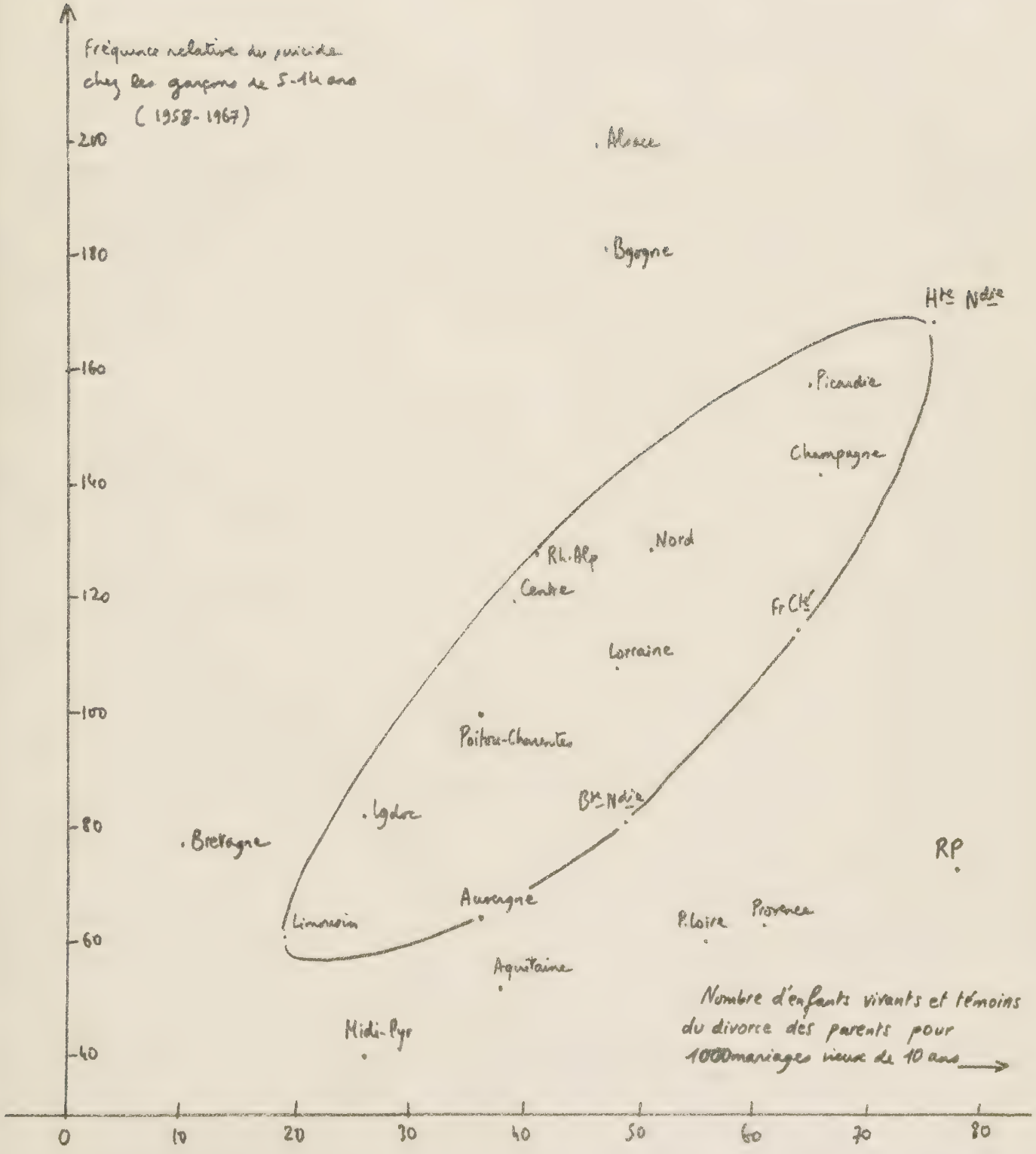


Fig. 6 Suicide infantile et grande famille

Fréquence des "isolés" enfants, ascendants et autres parents vivant aux côtés d'une "famille biologique" dans 100 ménages. (RGP 1962, tab. D 21)

NB: Famille biologique : tout couple, à tout le moins, toute personne, avec au moins un enfant non marié de moins de 25 ans.

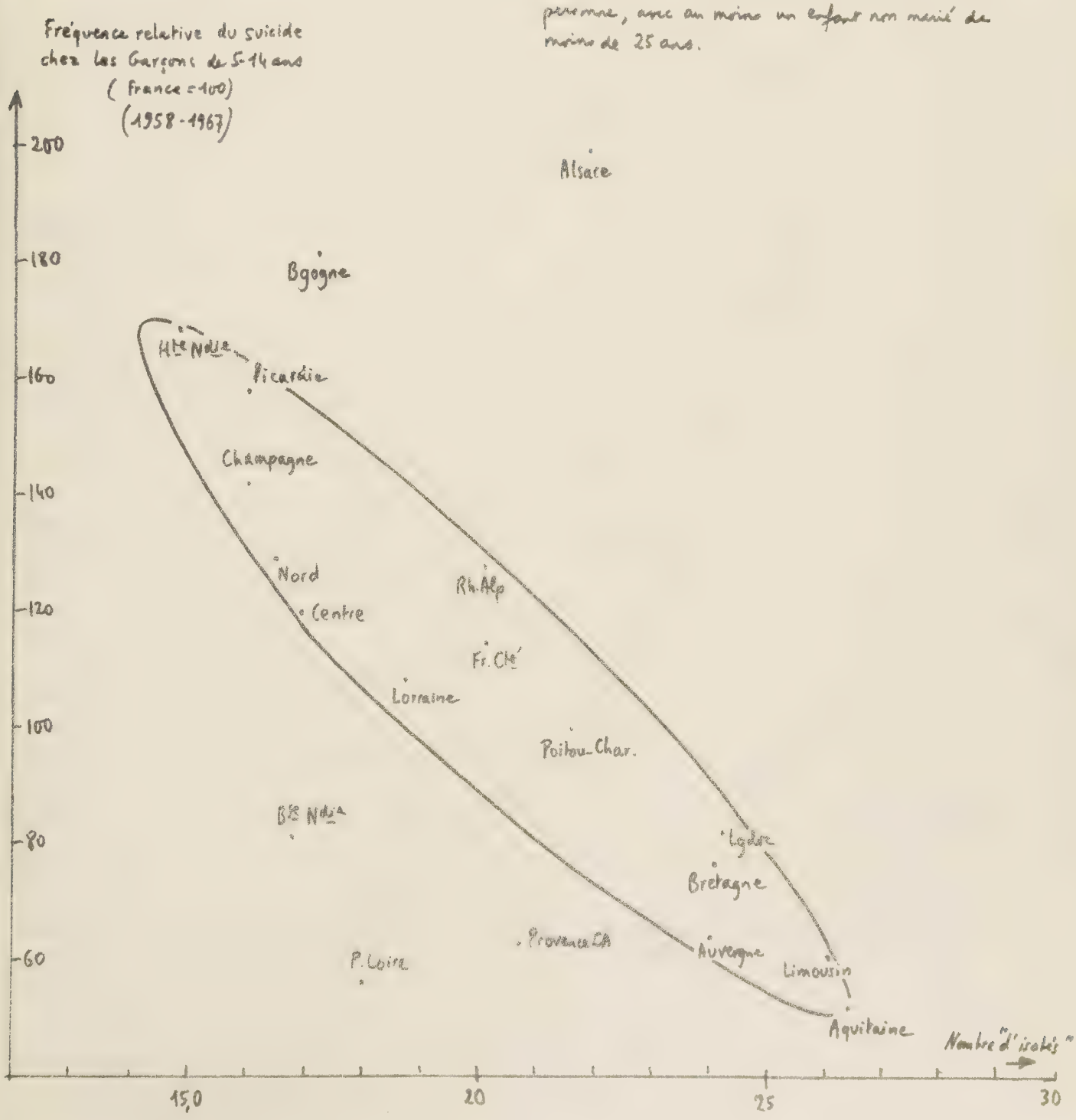


Fig. 7 Suicide infantile et rotation de la population

Taux de rotation =

Somme, pour 1000 personnes résidant dans la région en 1962, :
- des personnes résidentes nées en d'autres régions
- et des personnes nées dans la région mais vivant au dehors en 1962.

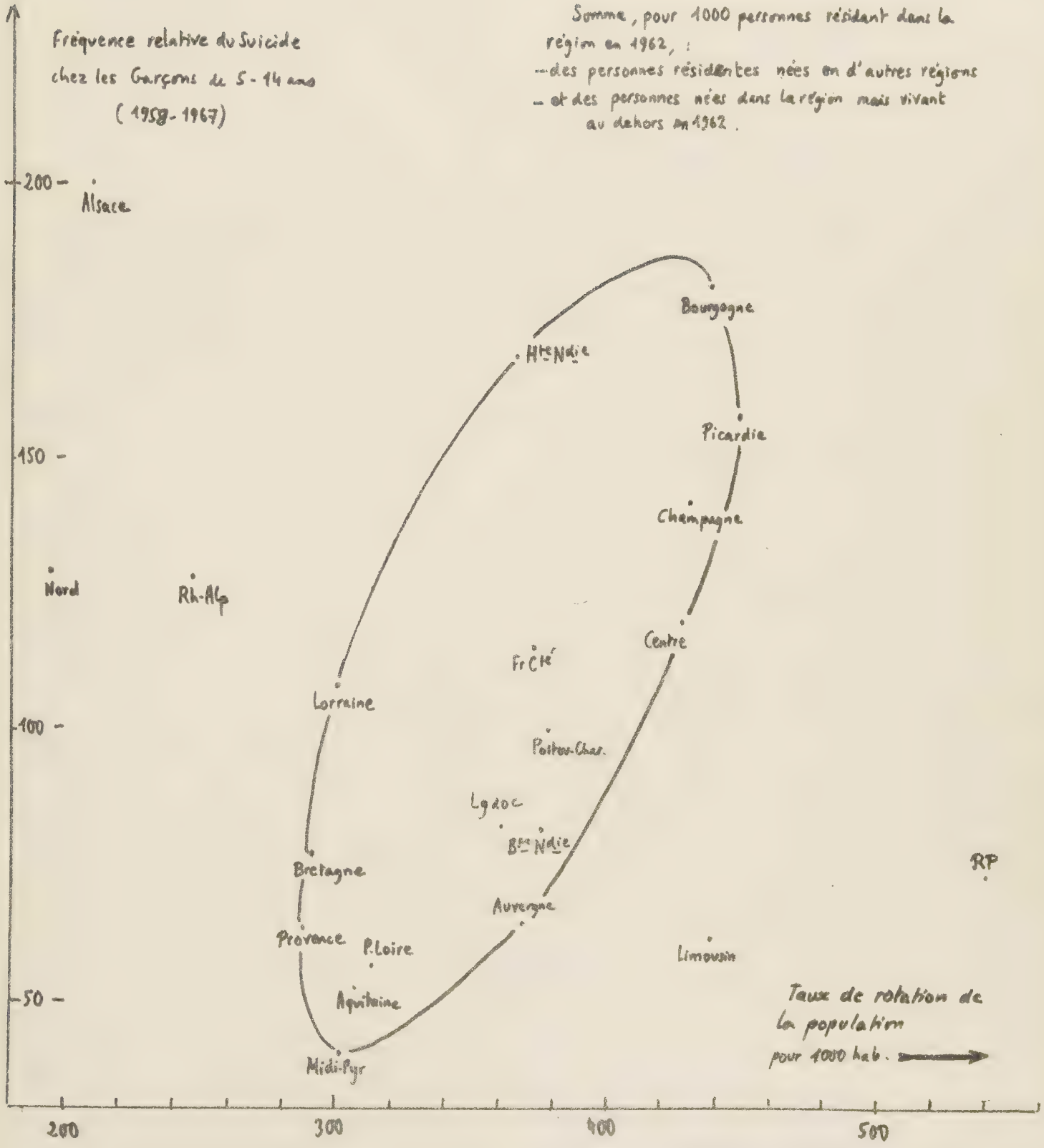


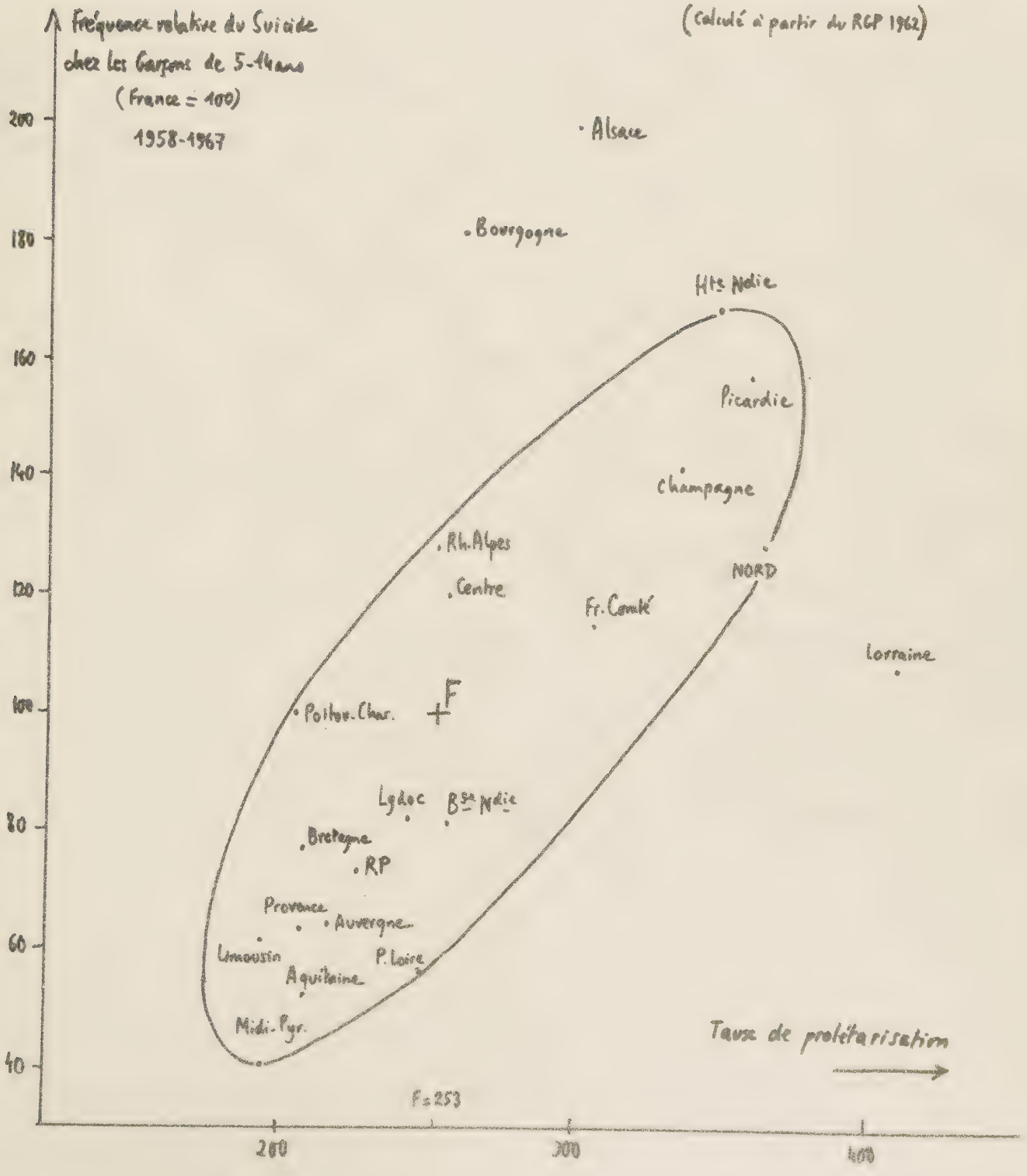
Fig. 8 Suicide infantile et prolétarisation

Taux de prolétarisation =

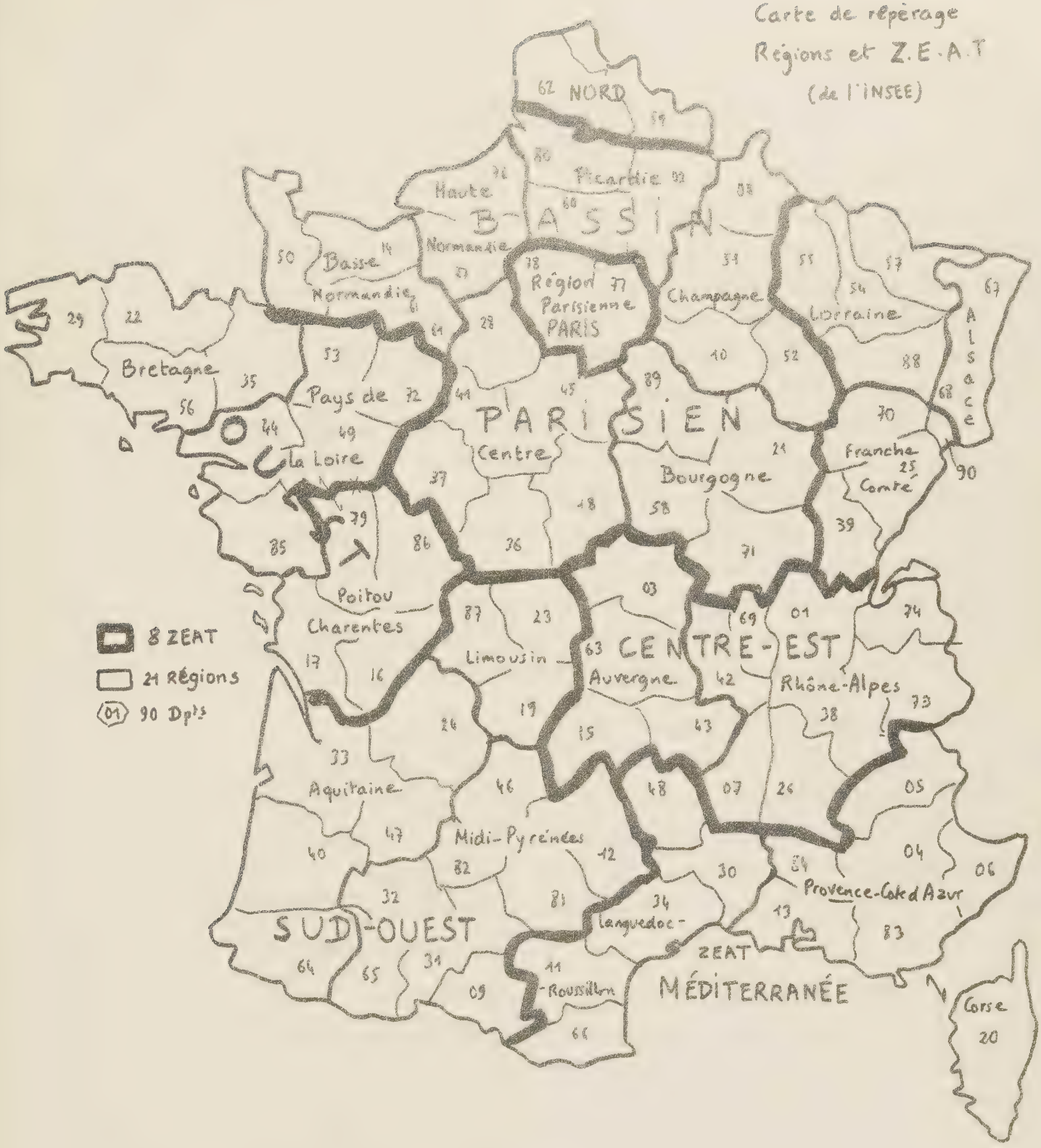
Nombre de chefs de ménage des CSP : Salariés agricoles, Ouvriers, et Personnel de service

pour 100 chefs de ménage des CSP : Patrons de l'Industrie et du Commerce, Professions libérales et Cadres Supérieurs

(Calculé à partir du RGP 1962)



Carte de repérage
Régions et Z.E.A.T
(de l'INSEE)



C O N C L U S I O N

Le présent travail s'est attaché à l'analyse des conduites suicidaires de l'enfant prépubère. Chez le jeune enfant, avant la crise de la puberté et l'entrée dans l'adolescence, là devait être en effet la spécificité de cette étude car la littérature sur le suicide en général est particulièrement abondante. Le même phénomène chez les adolescents a lui aussi retenu souvent l'attention et fait l'objet des beaux travaux du Docteur Haim et du Professeur Duché. Parce qu'effectivement beaucoup moins fréquent en comparaison des tentatives et des décès survenant après la puberté, le suicide infantile n'a pas fait jusqu'à présent l'objet de recherches aussi nombreuses. Certains auteurs nient même l'existence du suicide chez l'enfant Il était attachant dans ces conditions de se pencher sur ce problème. Partant des bases solides assurées par "les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent" du Professeur Duché et forte des conseils qu'il nous a prodigués, nous avons entrepris l'analyse d'une centaine de cas.

Conduites suicidaires, c'est-à-dire précisément que l'étude devait porter sur les cas où il y avait eu effectivement passage à l'acte et non pas seulement profération de menaces ou manipulation de simples idées de mort. Celles-ci et celles-là sont en effet fréquentes, le passage à l'acte, lui, est beaucoup plus rare. La verbalisation est habituellement en effet un moyen de s'en protéger. Il a donc une toute autre signification, qui méritait d'être analysée.

Il est apparu nécessaire de consacrer une première partie de l'étude à poser le problème en des termes satisfaisants, en raison de l'ambiguïté dont sont entourées les notions fondamentales comme les attitudes de l'adulte - parents, maître d'école et médecin - face à cette question. Il convenait tout d'abord d'analyser l'attitude de l'adulte devant le problème de la mort, de montrer qu'elle contribue à obscurcir la notion de suicide et qu'elle prend des formes tout à fait particulières lorsqu'il s'agit de la mort de l'enfant.

Dès lors, la notion d'enfance, toute claire en apparence, méritai qu'on s'y arrête, au moins rapidement, non pas tant pour bien caractériser les différentes phases de son développement que pour affirmer que l'enfance est un écheveau d'expériences vécues, nourri progressivement par les relations tissée entre les adultes et l'enfant. Dans ces conditions il devait être attaché le plus grand prix à leur analyse : relations au sein de la famille comme celles qui lient la société à l'enfant.

Pour achever cette mise au point en forme de triptyque qui nous était nécessaire, restait à étudier l'enfant avec la mort, c'est-à-dire à prendre parti sur l'évolution du sentiment de mort chez l'enfant et sur la possibilité même du suicide infantile. On devait sur ce point arriver à la conclusion que l'élaboration du concept de mort chez l'enfant est littéralement un travail, un travail précoce qui ne peut s'effectuer que dans des conditions affectives harmonieuses, et que, bien plus, la viciation même de ce processus pourrait bien favoriser le passage à l'acte suicidaire.

Armé de cette réflexion générale et de précisions sur les concepts utilisés, il était alors possible d'entreprendre l'analyse clinique des conduites suicidaires.

L'échantillon qui fait l'objet de cette recherche se compose de 74 garçons et de 29 filles, au total 103 enfants âgés de 4 ans et demi à 12 ans dont certains ont été examinés par nous-mêmes en différents services hospitaliers et dont les autres ont été étudiés sur dossier. La consultation de ces cas a permis de rassembler quelques observations générales argumentées dans le cours du développement par la présentation d'un très grand nombre d'exemples. Trois conclusions majeures ont paru devoir se dégager :

En premier lieu, le passage à l'acte suicidaire revêt chez l'enfant des modalités spécifiques qui le distinguent de celui de l'adolescent et de l'adulte. Ces modalités sont tantôt la sidération des fonctions vitales, tantôt l'attaque de l'intégrité corporelle, tantôt et plus souvent la poursuite d'actions dangereuses, la conduite de jeux et en quelque sorte de paris pour reprendre des notions avancées par le Professeur Duché, tantôt enfin certains actes suicidaires parfaitement verbalisés.

En second lieu, la signification de l'acte suicidaire a paru prendre un jour particulier chez l'enfant. Il a en quelque sorte une fonction,

et répond brusquement à un besoin vague et latent. Sans interdire des formes de passage et d'association entre eux, quatre types majeurs s'individualisent à cet égard : la première fonction auquel répond souvent l'acte suicidaire est la fuite ou la dépression réactionnelle. Que de fois au demeurant se mêlent chez certains enfants récidivistes fugues et tentatives suicidaires. La seconde fonction de l'acte est d'être un appel et plus particulièrement une revendication affective. La troisième est de permettre à l'enfant d'assumer les fantasmes de punition ou d'agression qui l'habitent. Déterminante est dans ce cas la notion qu'il peut avoir de la mort, assimilée à un châtiment, qui frappe tantôt celui qu'elle appelle, tantôt au contraire son entourage par le jeu des culpabilités. La fonction d'un quatrième type de suicide est de satisfaire le désir de rejoindre un être perdu. Elle est le fruit de la pensée magique propre à l'enfance.

Restait en troisième lieu à définir le contexte psychologique du passage à l'acte. Il est apparu que rares, pour ne pas dire inexistantes, étaient les affections psychiatriques caractérisées. Par contre, et là sans doute réside le fait essentiel, le vécu de tous ces enfants confère à l'ensemble de ces observations un air de parenté. Ce vécu est fait de violence environnante, de dissociation familiale et d'inaffectivité, d'insécurité et de ruptures. Pareil vécu semble favoriser la structuration de la personnalité future de l'enfant sur le mode du déséquilibre psychique. En tout état de cause, l'enfant est appelé à manipuler la mort ou ses équivalents alors qu'il n'est apte ni à la conceptualiser ni à s'en défendre. La majorité de ces enfants ont une personnalité immature, en proie à des fantasmes de culpabilité, insuffisamment protégée par des défenses archaïques. Le fait que la personnalité de ces enfants ne soit pas encore structurée explique la rareté des affections psychiatriques caractérisées ; elle explique tout autant la facilité avec laquelle s'installe la tendance au passage à l'acte.

L'analyse clinique des conduites suicidaires devait très normalement retenir l'essentiel de l'attention portée à ce sujet. Mais il fallait rechercher d'autres moyens d'investigation pour échapper au risque de non-représentativité inhérent à tout échantillon. Il fallait aussi faire suivre la méthode biographique, qui peut souffrir du caractère rétrospectif du témoignage de l'enfant et de la famille, d'une démarche statistique et sociologique. En d'autres termes il convenait de compléter l'étude des ten-

tatives, des conduites, par un examen du fait suicidaire. On y était d'autant plus invité que l'analyse clinique s'était achevée sur la reconnaissance d'une parenté remarquable de vécu psychologique visiblement influencé par des situations familiales difficiles.

Le premier thème d'étude de ce fait suicidaire a paru devoir être l'examen des relations existant entre suicides et accidents. Tout y conduisait : la reconnaissance clinique de personnalités peu différentes de celles qui prennent en charge tous les risques : conduites dangereuses et délinquance. Mais la nature des statistiques disponibles également. La source unique d'information est en effet la statistique des décès, entâchée d'un certain nombre de défauts, parmi lesquels le maquillage de suicides en accidents sur intervention des familles. Après l'indispensable analyse critique des sources et le soin apporté à constituer des séries statistiques suffisamment longues et compréhensives pour prétendre à quelque signification, une relation a pu être établie entre les décès infantiles par suicides et les décès accidentels. Au niveau national, des constantes et des coïncidences apparaissent dans la dissymétrie des sexes, les progrès de la fréquence des suicides et des accidents domestiques à caractère suspect avec l'âge des enfants, le parallélisme des modalités de mort les plus représentées chez les garçons d'une part, les filles d'autre part. Bien plus, malgré l'incidence des accidents de la route qui obéissent à d'autres facteurs et qui ne peuvent être dissociés de l'ensemble des décès accidentels lorsqu'on prétend descendre au niveau régional et départemental, une communauté de répartition se dessine lorsqu'on dresse les cartes des morts accidentelles et des suicides d'enfants et d'adolescents. Le fait majeur alors dégagé est le niveau élevé des taux qui affectent la moitié nord-est du territoire français et plus spécialement le Bassin Parisien, sans pour autant intéresser spécialement la région parisienne, tandis que l'Ouest et le Midi de la France bénéficient d'une relative immunité.

Restait alors à tenter d'expliquer les différenciations régionales ainsi recensées. Peut-être sont-elles pour une part sous-tendues par les modèles culturels, voire des héritages ethniques différents. Elles paraissent en tout état de causes fortement expliquées par les structures démographiques, résidentielles, socio-professionnelles et familiales de la population.

En définitive, cette étude nous a permis de reconnaître le suicide infantile comme assurément existant et comme entité cliniquement différente du suicide de l'adolescent et de celui de l'adulte.

Sur le plan clinique, on porte l'espoir d'avoir authentifié en tant que suicidaires des conduites qui pouvaient ne pas être reconnues comme telles. C'est appeler le clinicien à être vigilant, à dépister tout indice en apparence anodin qui pourrait cacher des conduites suicidaires et une évolution à long terme sur le mode psychopathique : jeux macabres et accidents répétés méritent une particulière attention.

Sur le plan de la recherche, on espère avoir contribué à montrer l'intérêt d'une démarche pluridisciplinaire. Sans doute n'y-a-t-il de vérité que du particulier, qu'il importe de saisir dans toute sa complexité, et c'est le travail du médecin. Mais les conduites suicidaires ne sont pas isolées de tout un environnement que les divers ressortissants des sciences sociales : psychologues, sociologues, géographes doivent concourir à faire connaître. Des faits généraux échappent au médecin qu'ils peuvent porter à sa connaissance. Au médecin au contraire, d'attirer leur attention sur certains faits et de contribuer à leur correcte interprétation.

____*____*____

B I B L I O G R A P H I E

Bibliographie relative au suicide infantile

- BAADER I.
  Les causes significatives psychiques et sociales du suicide des enfants et des adolescents.
  Mschr. Kinderh. fevr. 1955.

- BAKWIN H.
  Progrès en médecine : le suicide chez l'enfant et l'adolescent.
  J. of Ped. Juin 1957.

- BALESTRI L. et COCCHI A.
  Etude d'une statistique de tentative de suicide chez l'enfant.
  Riv. sperim. Freniatria. Fev. 1969.

- BERGSTRAND C.G. et OTTO U.
  Tentatives de suicide dans l'enfance et dans l'adolescence.
  Acta poed. Janv. 1962.

- BRUNO V.
  Le suicide à l'âge infantilo-adolescent.
  Minerva med. Nov. 1968.

- DUCHE D.J.
  Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
  Acta Pedopsychiatr. 1968.

- GUILLEMAUT J.
  A propos de trois cas de suicides d'enfants.
  Ann. méd. psychol. Juillet 1964.

- HABERMANN P.
  Une tentative de suicide d'un garçon de 11 ans.
  Arch. Kinderh. 1950.

- HAIDER I.
  Tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
  Brit. J. Psychiat. Sept. 1968.

- HAIM A.
Les suicides d'adolescents.
Payot 1969.

- JACOBZINER H.
Les tentatives de suicide chez l'enfant.
J. of Ped. Avr. 1960.

- JACOBZINER H. et RAYBIN H.W.
Modes d'ingestions accidentelles chez les enfants et tentative de suicide.
New-York State J. Med. Fevr. 1960.

- KOHLER C. et CHAMBARD (Melle)
Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents.
Pédiatrie, Nov. 1967.

- KOPYSC Z., GINCZEWSKA T., PIOTROWSKA J. et SMYKOWA I.
Nos propres observations sur les tentatives de suicide chez l'enfant.
Polski Tygod Lek 1967.

- LAUNAY C. et COL C.
Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Rev. Praticien, Févr. 1964.

- LE MOAL P.G.M.
Suicide, chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Thèse 1944.

- LONCHAMP D., CANAL J.P., SCHIRRER J., VAN DE LOW (Mme) et RAFFI A.
Tentatives de suicide chez l'enfant.
Arch. franç. Pediat. Nov. 1970.

- LUKIANOWICZ N.
Tentative de suicide chez l'enfant.
Acta psychiat. Scand. 1968.

- MATTSON A., SEESE L.R., HAWKINS J.W.
Conduite suicidaire, urgence psychiatrique infantile. Caractéristique clinique et étude suivie des résultats.
Arch. Gén. Psychiat. Janvier 1969.

- MICIC S., RAJS J.
Les suicides chez les moins de 20 ans. Observations des autopsies faites à Belgrade entre 1953 et 1962.
Minerva ped. Fevr. 1967.

- MOCH M.
Etude comparative des tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent observées dans trois services de pédiatrie et de celles recueillies dans un service de pédo-psychiatrie.
Rev. Neuropsychiat. Infant. 1969.

- OTTO U.
- Tentatives de suicide chez les enfants.
Acta Poed.Scand. Janv. 1966.

- Les essais de suicide par les enfants et adolescents psychotiques.
Acta Poed. Scand. Juil. 1967.

- RINGEL E., SPIEL W., STEPAN M.
La tendance au suicide chez l'enfant.
Wien Zschr. Nervenh 1952.

- ROCHE L., BOURRAT L., DEUX L.
Considérations sur les conduites suicidaires de 239 mineurs admis au service des poisons durant 24 mois.
Lyon Méd. 1965.

- SCHACHTER M.
Contribution à l'étude des tentatives et des conduites suicidaires chez les mineurs.
Prov. Méd. 33, 1965.

- SCHRUT A.
Le suicide chez l'adolescent et l'enfant.
J.A.M.A. Juin 1964.

- SOMERHAUSEN C. et DIERKENS DOPCHIE N.
Le suicide chez les jeunes en Belgique.
C.E.D.J. Bruxelles, 1967.

- SZYMANSKA Z. et ZELASOWSKA
Catamnèses de suicides et tentatives de suicides d'enfants et d'adolescents entre 1961-1962 - 3ème Congrès euorpéen de pédopsychiatrie, Wiesbaden 1967.

- TATOSSIAN A. et BLUMEN G.
Essai d'application du différentiateur sémantique d'Osgood à la compréhension de la tentative de suicide du sujet jeune.
Cah. Psychol. 8, 1965.

- TEICHER J.D., JACOBS J.
Children and adolescents. Adolescents who attempt suicide : preliminory findings.
Amer. J. Psychiat. 1966.

- TOOLAN J.M.
Suicides et tentatives de suicide chez les enfants et les adolescents.
Amer. J. Psychiat. Fevr. 1962.

- TRUBE-BECKER E.
Suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Munch. med. Wschr. Avr. 1970.

- WEILL J.
- Le suicide de l'enfant.
Sem. Hôp. Paris, Déc. 1964.

- Suicide et tentatives de suicide chez l'enfant et chez l'adolescent.
Lancet, Oct. 1964.

----*----*----*----

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

relative à la première partie de cette étude

- Divers (Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques)
  La mort et l'homme au XX° siècle.
  Paris, Spes, 1965, 236 p.

- XIIème Colloque International de Psychologie médicale, Lyon, 1970 :
  Le médecin face à la mort. Deux cahiers de : Psychologie médicale et Sciences Humaines appliquées à la santé, T.2, n°3 (1970) et T.3, n°1 (1971).

  Sur l'Agressivité, n° spécial de la Vie Médicale, Déc. 1971
  Le Quotidien du Médecin 24/2/1972 et 30/3/1972.

- LAPLANCHE Jean
  Vie et mort en psychanalyse.
  Paris, Flammarion, 1970, 216 p.

- CROCQ L.
  Problèmes psychologiques et éthiques posés au médecin par les conduites suicidaires in : Le Médecin face à la mort, op. cit. p. 371-376.

- QUIDU (Dr. Marguerite)
  Le suicide, étude clinique, perspectives préventives.
  Paris, Les Ed. Sociales Françaises, 1970, 166 p.

- ALBY (Nicole et J.M.)
  Le médecin face à la mort de l'enfant.
  in XIIème Colloque, op. cit., p. 59-64.

- FRIEDMAN L. et RAIMBAULT G.
  Le psychiatre et la mort de l'enfant. ibid. p. 65-67.

- CASTET Bruno
  La loi, l'enfant et la mort.
  Paris, Fleurus, Col. Pédagogie psychosociale n° 15.

- ROUMAJON Y., BRIGUET-LAMARRE M., DURAND de BOUSSINGEN R.
  Le passage à l'acte meurtrier de l'enfant et de l'adolescent.
  Rev. de Neuro Psychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance
  19ème année, n°5, Mai 1971.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE A LA TROISIEME PARTIE

- DURKHEIM E.
  Le suicide.
  Paris, Alcan, 1897, rééd. P.U.F.

- LISLE E.
  Du suicide, statistique, médecine, histoire et législation.
  Paris, Baillère, 1856, 487 p.

- INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)
  Statistique des causes de décès.
  Paris, Imprimerie Nationale et P.U.F. publ. ann. ou bisannuelle.

- INSEE
  Recensement général de la population de 1962.
  Résultats du dépouillement exhaustif, population, ménages, logements.
  Paris, Imprimerie Nationale, publ. par fascicules entre 1966 et 1968.

- INSEE (Jean-Claude Deville)
  Structure des familles, enquête de 1962.
  Coll. INSEE, D.13-14, Paris 1972.

- INED (Institut National d'Etudes Démographiques)
  Revue : Population

N.B.- Cette troisième partie a fait appel à la collaboration de mon mari, Maître-Assistant à l'U.E.R. de Géographie de l'Université de Paris I.

LISTE DES FIGURES RELATIVES AU FAIT SUICIDAIRE

pp.

- Figure 1. Taux de progression comparés des suicides et des accidents mortels de l'enfance et de l'adolescence. 126

- Figure 2. Nombre de décès par suicides et par accidents chez les garçons et chez les filles de 5 à 14 ans recensés de 1958 à 1967 par ZEAT. 135

- Figure 3. Fréquence relative (France = 100) des suicides et des accidents par région, par sexe et par âge. 136

- Figure 4. Types de départements selon la fréquence relative comparée des accidents chez les enfants et des suicides chez les adolescents. 137

- Figure 5. Suicide infantile et divorce des parents, par région 154

- Figure 5 bis. Suicide infantile et enfants témoins du divorce, par région. 155

- Figure 6. Suicide infantile et grande famille, par région 156

- Figure 7. Suicide infantile et rotation de la population, par région. 157

- Figure 8. Suicide infantile et prolétarisation, par région. 158

- Figure 9. Carte de repérage des régions et des ZEAT de l'INSEE. 159

---*---*---

TABLE DES MATIERES

pp.

LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ L'ENFANT

Introduction 1

Historique de la question/ 6

1ère Partie : POSITION DU PROBLEME. L'ADULTE, L'ENFANT ET LA MORT 10

Ch. 1 - L'adulte avec la mort 11

Ch. 2 - L'enfant avec l'adulte 12

Ch. 3 - L'enfant avec la mort 20

2ème Partie : ANALYSE CLINIQUE DES CONDUITES SUICIDAIRES 47

Ch. 1 - Présentation de l'échantillon 48

Ch. 2 - Les modalités spécifiques du passage à l'acte 56

Ch. 3 - Les fonctions du suicide infantile 76

Ch. 4 - Le contexte psychologique 97

3ème Partie : LE FAIT SUICIDAIRE 109

Ch. 1 - La relation entre suicides et accidents 110

Ch. 2 - Géographie des morts accidentelles et des suicides d'enfants 129

CONCLUSION 160

BIBLIOGRAPHIE 165

Liste des figures relatives à la troisième partie 171

Table des matières 172

*

* *

N.B.- Un sommaire détaillé jusqu'aux différents paragraphes figure au début de chaque partie du développement.
Une erreur s'est glissée p. 109 : Au Chapitre 2, A)Constat, après l'établissement des données, c'est 2) présentation des résultats qu'il faut lire et non pas la constance des relations.

VU et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

VU, le Doyen

P. CASTAIGNE

VU, le Président de Thèse
Monsieur le Professeur

D.J. DUCHÉ